

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PRODUCTIONS KYSTIQUES PELVIENNES
APRÈS CASTRATION TOTALE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Avril 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Lucien MIKLER

Né à Foug (M-et-M.) le 3 Décembre 1901

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. MICHEL, Professeur . . .	{	Président
		FRÉLICH, Professeur . . .		Juges.
		HAMANT, Professeur . . .		
		CORNIL, Agrégé		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY
IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE
1, Boulevard Jean-Jaurès

1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PRODUCTIONS KYSTIQUES PELVIENNES
APRÈS CASTRATION TOTALE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Avril 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Lucien MIKLER

Né à Foug (M-et-M.) le 3 Décembre 1901

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. MICHEL, Professeur . .	{	Président
		FRÉLICH, Professeur . .		Juges.
		HAMANT, Professeur . .		
		CORNIL, Agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE
1, Boulevard Jean-Jaurès

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, *, I O.

Assesseur : M. P. SIMON, *, I O.

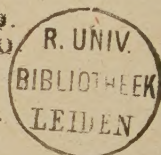
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O; PRENANT, *, I O; F. GROSS, O *, I O;
HERRGOTT, O *, I O; WEISS, O *, I O; BOUIN, O *, I O;

ANCEL, *, I O; GARNIER, *, I O.

Professeurs :

Clinique médicale.....	M. SIMON, *, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, *, I O.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, O *, I O.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, *, I O.
Clinique médicale.....	M. ETIENNE, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, *, I O.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, *, I O.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. FRELICH, *, I O.
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. FRUHNSHOLZ, *, I O.
Histologie.....	M. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. JACQUES, *, I O.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. G. MICHEL, *, I O.
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique.....	M. RICHON, *, I O.
Physique.....	M. DUFOUR, *, I O.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I O.
Chimie médicale.....	M. ROBERT, I O.
Hygiène.....	M. J. PARISOT, O *, I O.
Histoire naturelle.....	M. G. THIRY, *, I O, Prof. sans chaire.
Physiologie.....	M. P. MATHIEU, I O, Prof. sans chaire.



Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, *, I O, professeur.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1).....	M. J. PARISOT, O *, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. A. BINET, I O, agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1).....	M. A. BINET, I O, agrégé libre.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I O, professeur.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSE, I O, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	M. JEANDELIZE, A O, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, *, I O, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I O, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	M. LAMY, I O, agrégé.
Accouchements (Cours théorique).....	M. JOB, *, I O, agrégé.
Neurologie.....	M. CORNIL, I O, agrégé.
Pharmacologie.....	M. SANNIÉ, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. R. LALANNE, I O, docteur.
Education physique.....	M. L. MERKLEN, docteur.

Agrégés en exercice

MM. L. JOB, *, I O.	MM. LAMY, I O.	MM. CORNIL, I O.
JEANDELIZE, A O.	MUTEL, *, I O.	DE LAVERGNE, *, A O.
L. CAUSSE, I O.	WATRIN, *, I O.	SANNIÉ.
BARTHÉLEMY, *, I O.	HAMANT, I O.	SIMONIN.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I O; S. REMY, I O;
BUSQUET, I O; BINET, I O.

M. A. PACAUD, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma grande affection
et de ma profonde reconnaissance*

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ
DE L'AMITIÉ

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MICHEL
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En remerciement de l'honneur qu'il nous fait
en présidant notre Thèse*

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAMANT
PROFESSEUR DE CHIRURGIE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORNIL
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION & HISTORIQUE

Les kystes pelviens consécutifs à des hystérectomies sont connus depuis longtemps. Au congrès de chirurgie de 1891 « sur les suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes », LE DENTU recueille un certain nombre d'observations à ce sujet.

La même année, HAHUSSEAU, inspiré par TERRILLON, publie sa thèse sur « les formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes », dans laquelle, d'ailleurs, il ne rapporte aucune observation bien typique.

En 1894, BAUDRON les signale dans sa thèse sur l'hystérectomie vaginale. CLARET, en 1896, traite « des tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes.

Puis le silence se fait jusqu'en 1907. A cette époque, DARTIGUES publie à la Société de l'internat un cas de dégénérescence kystique après hystérectomie. En février 1908, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, DARTIGUES et JOANNIDES écrivent un important article qui fait époque sur les « cysthematomas menstruels post-opératoires. »

En 1909, CHASSAT fait sa thèse sur ce sujet et reproduit les idées de DARTIGUES. Puis, nouveau silence jusqu'en 1925.

Dans le numéro de janvier de la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, GILLET (de Lyon) écrit un article sur la « dégénérescence kystique itérative des débris ovariens après castration totale » et rapporte trois observations personnelles.

La même année, à la Société de Chirurgie de Lyon (séance du 29 janvier), TIXIER fait part de trois cas personnels et donne un aperçu intéressant sur la pathogénie de ces kystes post-opératoires. A la séance du 5 février de la même société, importante communication de M. CHALIER, avec quatre observations personnelles et discussion à laquelle prennent part MM. COTTE, GOULLIoud, LAROYENNE et TIXIER.

A la Société des Chirurgiens de Paris, séance du 3 avril 1925, HALLER rapporte un cas très intéressant de fibromyome kystique de l'ovaire, après hystérectomie abdominale et ablation des annexes. A la séance suivante du 1^{er} mai, MM. SÉJOURNET et LANOS rapportent chacun un cas personnel.

Enfin, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* de février 1927, M. VAUTRIN rapporte quelques cas récents avec commentaires sur leur pathogénie.

Telle est, à peu près, fidèlement résumée, l'histoire bibliographique de ces dégénérescences kystiques pelviennes après castration.

Pour notre étude, nous ne retiendrons qu'un nombre très restreint des observations publiées.

C'est ainsi que nous éliminons d'emblée toutes celles où l'intervention primitive a été une hystérectomie vaginale et cela pour deux raisons. La première est que dans une hystérectomie vaginale pour annexites suppurées (puisque, comme nous le verrons plus loin, il s'agit presque toujours d'opérations dirigées contre des suppurations pelviennes), on ne sait jamais exactement si on a tout enlevé, s'il ne reste pas dans le ventre quelques poches kystiques ; bien souvent on ne sait même pas si on a retiré tout ou partie des ovaires. Quoi d'étonnant, dans ces conditions, à ce que des kystes apparaissent après l'intervention ?

Ou bien l'ovaire est resté en place, il s'agit donc d'un kyste banal qui n'a rien à voir avec ceux que nous étudions, puisque nous envisageons uniquement ceux qui surviennent après castration totale (macroscopiquement tout au moins.)

Si au contraire, nous supposons qu'on n'a pas laissé de débris ovariens, mais quelques petites poches de pelvipéritonite, ce qui n'est pas rare, puisque, dans certains cas, l'hystérectomie vaginale consiste surtout en une opération de drainage (on enlève la « bonde » de RICHELOT), les kystes post-opératoires n'ont vraiment rien d'original, n'étant que la continuation d'un processus que l'intervention a respecté en partie.

La seconde raison est que bon nombre d'observations publiées au temps où l'hystérectomie vaginale était l'intervention presque exclusive, manquent vraiment de précision et surtout d'examen anatomo-pathologique.

Nous n'envisagerons donc que les kystes survenus

•

après laparotomie et ablation apparemment totale de l'utérus et des annexes. C'est dire que nous éliminons également toutes les observations où la première intervention n'a consisté qu'en une ablation partielle des annexes.

Dans la thèse de CHASSAT, par exemple, nous voyons relater des observations avec ablation des annexes d'un seul côté, et simple résection partielle de l'ovaire du côté opposé.

Du moment que l'utérus et une moitié d'ovaire restent en place, on ne voit pas en quoi les kystes de cet ovaire diffèrent des kystes ovariens habituels.

En fin de compte, nous ne ferons état que de 17 observations : les 3 nôtres, 1 de VAUTRIN, relatée au cours de notre chapitre de pathologie ; 2 rapportées dans la thèse de CHASSAT, ; 1 de HALLER ; 1 de SÉJOURNET ; 1 de LANOS ; 3 de GILLET ; 4 de CHALIER ; 1 de GOULLIQUET.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE GÉNÉRALE. — Elle est assez difficile à déterminer pour plusieurs raisons. Puisque certains kystes post-opératoires ont été découverts tout à fait par hasard, sans avoir jamais provoqué de troubles, il est logique de supposer qu'un nombre indéterminé de ces kystes a pu passer inaperçu dans l'histoire de bien des opérées.

D'autre part des kystes peuvent occasionner des douleurs plus ou moins violentes mais, par le fait qu'ils sont noyés dans des blocs de néoformations inflammatoires, ils ne sont pas perçus par le toucher vaginal en tant que masses distinctes et délimitables, et toute la symptomatologie est rapportée à cette pelvipéritonite résiduelle.

Enfin, même dans les cas qui ont justifié une intervention itérative, on s'est bien souvent contenté de libérer des adhérences, intestinales ou épiploïques, de dilacérer quelques membranes, au sein desquelles on a crevé de petites formations kystiques, sans trop s'inquiéter de la nature de ces dernières. C'est ce qui explique le nombre vraiment infime des cas publiés jusqu'ici.

AGE DES MALADES. — C'est l'âge des suppurations pelviennes, puerpérale ou gonococcique. L'âge moyen dans nos observations est de 30 ans (de 20 à 39).

NATURE DE L'INTERVENTION PRIMITIVE. — Il s'agit presque toujours d'hystérectomie pour grosses lésions annexielles suppurées, interventions difficiles, comme en témoignent les protocoles opératoires. De ces deux facteurs, infection et difficultés opératoires, quel est le plus important ? Ils le sont probablement au même titre.

1^o *Rôle de l'infection.* — « La dégénérescence de l'ovaire, dit GILLET, ne s'observe que dans les cas de lésions inflammatoires ». Et, parlant des hystérectomies pour fibrôme, avec conservation d'un ou des deux ovaires « Jamais, dit-il, il ne nous a été donné de constater la moindre altération kystique d'ovaires reconnus sains et libres au moment de l'intervention initiale. On ne voit de dégénérescence kystique que dans les cas d'annexite, d'ovaires primitivement adhérents. Les manœuvres de libération d'une annexe fixée rompent les adhérences ovariennes et amorcent le développement d'adhérences nouvelles. » TIXIER est du même avis, ainsi qu'un grand nombre d'auteurs protagonistes des opérations conservatrices.

En réalité, la question est loin d'être jugée, et il n'est pas du tout impossible de voir des dégénérescences kystiques de l'ovaire restant, après départ de l'utérus et des trompes aseptiques. Evidemment, dans les annexites suppurées, les petits kystes ovariens

sont la règle ; mais on ne peut en conclure, théoriquement tout au moins, que l'infection est à l'origine de toutes les dégénérescences kystiques.

Il est cependant une catégorie de kystes post-opératoires pour lesquels la question est résolue ; ce sont ceux qui constituent des poches de pelvipéritonite, cette dernière n'étant évidemment que la signature d'une infection.

2^o Rôle des difficultés opératoires. — Autant il est facile de voir ce qu'on fait, ce qu'on enlève dans un petit bassin non infecté, autant il est difficile d'apprécier exactement la nature des débris qu'on laisse forcément contre les parois pelviennés, dans les grosses interventions pour pyosalpinx adhérents, avec pelvipéritonite plus ou moins intense. Puisque les ovaires sont eux-mêmes souvent transformés en poches purulentes dont les parois renferment des débris de tissu noble, rien d'étonnant à ce que les parcelles de ce tissu restent comprises dans les lambeaux d'adhérences qu'il serait souvent dangereux de vouloir extirper à tout prix. Or, nous verrons plus loin le rôle de ces parcelles dans la pathogénie des kystes post-opératoires.

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS L'INTERVENTION PRIMITIVE
JUSQU'À L'APPARITION DES NOUVEAUX SYMPTÔMES. —
« Chez une de mes malades, dit CHALIER, je notais déjà, moins d'un mois après la castration, l'existence d'une certaine induration dans la base du ligament large gauche ; je ne devais cependant l'opérer que

deux ans et demi plus tard. Chez une autre, je faisais la même constatation au bout de deux mois ; chez une troisième au bout de trois mois. La quatrième ne présentait rien de semblable dix mois après son opération, et elle ne revint me trouver, avec un kyste cette fois, qu'au bout de trois ans. »

Dans les autres observations, nous notons cinq mois (DARTIGUES), quatre mois (J.-L. FAURE), trois mois (SÉJOURNET), huit mois (HALLER), un an, trois ans et quatre ans dans les observations de GILLET.

Pour résumer ces données étiologiques, nous dirons donc que les kystes pelviens post-opératoires apparaissent après des castrations difficiles pour annexites suppurées, chez des femmes d'une trentaine d'années, au bout d'un temps de répit relativement court (de trois semaines à quatre ans).

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE & PATHOGÉNIE

L'étude anatomo-pathologique des kystes pelviens observés après la castration totale chez la femme, est encore bien imparfaite. Dans le nombre relativement considérable des cas publiés, rares sont ceux qui possèdent la sanction pourtant indispensable d'un examen histologique complet et autorisé.

Il faut d'ailleurs convenir que cette étude est particulièrement difficile. Comment ne le serait-elle pas, puisque les divers processus de dégénérescence d'un organe aussi accessible, aussi souvent débité en coupes que l'ovaire, sont eux-mêmes encore à peu près inconnus dans leur essence.

Si l'on voulait en effet rassembler tous les examens histologiques d'ovaires dégénérés, publiés depuis qu'on pratique l'ovariectomie, on arriverait à un chiffre d'observations invraisemblable. Et pourtant, que d'inconnues encore ! Que savons-nous, par exemple de la dégénérescence scléro-kystique ? Fort peu de chose, et le peu que nous en savons est plutôt une description qu'une explication pathogénique suffisante.

Dans les quelques cas que nous avons en vue, les conditions d'examen sont singulièrement difficiles et l'interprétation des coupes encore très aléatoire. La rareté des interventions itératives, — d'où la pauvreté du matériel histologique, la difficulté de faire la part exacte de l'infection banale et celle de la dégénérescence ; l'impossibilité fréquente de déterminer si l'on a affaire à des débris de tissu ovarien oubliés par l'intervention primitive ou à des reliquats embryonnaires en reviviscence, voilà autant de causes d'erreur et d'incertitude.

Cependant, sans entrer dans une étude histologique détaillée qui ne reposerait d'ailleurs que sur de trop rares et souvent trop incomplètes observations ; sans vouloir non plus résoudre la question de la pathogénie de ces kystes, qui est très obscure, nous allons simplement les faire rentrer dans diverses catégories dont les unes ont une base à peu près certaine et d'autres sont plus hypothétiques.

KYSTES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DU PÉRITOINE PELVIEN.

Ce sont les plus anciennement connus. Dans sa thèse, inspirée par TERRILLON, HAHUSSEAU en rapporte plusieurs cas ; il les attribue à de petites poches de péritonite enkystées. Ce genre de tumeurs devait être fréquent après les hystérectomies vaginales d'autrefois qui, souvent, ne faisaient que drainer l'infection du petit bassin sans enlever toutes les poches

cloisonnées qu'il contenait. Le production kystique post-opératoire n'était donc que la continuation du processus infectieux, probablement ralenti, atténué par le drainage.

Comme, dans ces interventions souvent atypiques, il est à peu près impossible de dire si les ovaires étaient complètement extirpés, nous ne tiendrons aucun compte des observations qui s'y rapportent et nous relaterons seulement plus loin l'observation récente de SÉJOURNET, d'abord parce qu'il fut pratiqué une intervention par voie haute, où l'on put s'assurer de l'absence à peu près certaine d'ovaire, au moins macroscopique, et surtout parce qu'il y a un examen histologique permettant d'accepter avec une grande probabilité une origine péritonéale.

« Je crois, dit SÉJOURNET, à propos de ce cas, que j'ai été en présence d'une formation kystique d'origine péritonéale, comparable à ces bulles de péritonite que l'on rencontre fréquemment au cours des laparotomies pour annexites, et qui siègent tantôt au contact des annexes, tantôt au contact du péritoine et de l'epiploon, tantôt au contact de l'intestin.

Habituellement, ces bulles kystiques ont des parois d'une minceur extrême et de nature fibrinoïde. Mais il se peut que leur organisation soit plus complète et que, dérivant du péritoine pariétal, elles empruntent à ce péritoine quelques-uns des ses caractères, qu'elles se doublent d'un epithelium plus ou moins reconnaissable, et que la paroi externe revête les caractères du tissu conjonctif.

« Il est possible qu'après les laparotomies qui ont

demandé un large drainage, à la MICKULICZ, ces formations pseudo-kystiques soient plus fréquentes. Il est possible également que ces formations puissent se résorber spontanément et ne laisser aucune trace. Mais il n'en est pas moins vrai que dans quelques cas, par leur persistance, par leur volume, par les adhérences qu'ils contractent, par leur organisation plus complète, ces pseudokystes peuvent devenir le point de départ de troubles qui nécessiteront une nouvelle intervention. »

Dans une séance de la Société de Chirurgie de Lyon (5 janvier 1925), TIXIER a rapporté un cas analogue, malheureusement dépourvu d'examen anatomo-pathologique. Quelques mois après une hystérectomie totale avec drainage au MICKULICZ, sa malade continuait à souffrir ; « Au toucher, dans le cul-de-sac latéral gauche, on percevait une grosse masse pâteuse, pseudo-fluctuante, remontant le long du ligament infundibulo-pelvien. Pas de température, excellent état général. Aucune réaction péritonéale.

« Pendant plusieurs mois, les choses restèrent en état. Préoccupé et même hanté par l'idée qu'il pouvait s'agir d'une compresse de MICKULICZ laissée par mégarde, je montrai la malade à Auguste POLLOSSON. Son avis fut qu'il s'agissait d'un reliquat kystique inflammatoire et il conseilla l'abstention. Pendant plusieurs années, j'ai suivi cette malade : la poche nettement kystique persista très longtemps, sans modifications, puis disparut complètement.

« ...On est en droit de supposer qu'il s'est agi simplement d'une pelvi-péritonite résiduelle dévelop-

pée dans des adhérences consécutives à l'application du MICKULICZ. La consistance de cette tuméfaction liquide, la difficulté d'en délimiter exactement le contenu plaident en faveur de cette origine.

Si nous admettons dans quelques cas cette origine péritonéale, où siègent exactement les formations kystiques ? si une péritonisation régulière a pu être faite au moment de l'intervention primitive, c'est-à-dire si la cavité pelvienne est à nouveau tapissée d'un revêtement séreux complet, on peut parler de situation intra et extra-péritonéale. Or, il semble bien que les kystes que nous étudions sont dans ces cas sous-péritonéaux et non pas inclus dans le nouveau sac séreux du pelvis, comme dans le cas d'une pelvipéritonite pré-opératoire.

Ils se développent probablement aux dépens de petits débris péritonéaux abandonnés dans les placards d'adhérences qu'on se garde bien d'arracher de la surface des viscères avoisinants. Après la constitution d'un couvercle péritonéal plus ou moins complet, ces débris deviennent sous-péritonéaux ; et rien d'étonnant à ce qu'ils donnent naissance à des kystes (comme tous les éléments anatomiques anormalement inclus, les enclavômes). A vrai dire, dans ce cas, il serait plus exact de parler de « dégénérescences kystiques de débris péritonéaux », plutôt que de « bulles de péritonite ».

Si, au contraire, il n'y a pas de péritonisation possible et qu'on se contente, par exemple, de tamponner les surfaces cimentées avec un MICHULICZ, il n'est évidemment plus question d'attribuer une situation

intra ou extra-séreux aux néoformations d'origine péritonitique qui se développeront dans l'ancien champ opératoire, puisque ces dernières se trouveront au niveau de la cicatrice péritonéale elle-même.

D'ailleurs, pour les cas, tout au moins, qui rentrent dans cette première hypothèse pathogénique, cette question de la situation anatomique exacte des kystes n'a pas grand intérêt.

KYSTES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS D'UN OVAIRE SURNUMÉRAIRE.

Ces ovaires surnuméraires ne sont pas très rares puisque (d'après TESTUT), BEIGEL en a trouvé 23 sur 500 autopsies. Daniel, de Bucarest, a été le premier à leur attribuer l'origine de certains kystes pelviens consécutifs à des castrations bilatérales.

La preuve en est évidemment difficile à fournir. Cependant, dans un cas de HALLER, cette origine est assez plausible, mais encore une fois, nullement démontrée. « J'ai eu, dit HALLER, le sentiment de ne pas avoir laissé de débris adhérents lors de mon intervention et je crois volontiers à un ovaire supplémentaire. » Nous donnerons plus loin un résumé de cette observation.

KYSTES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DES DÉBRIS DE LA TROMPE

Ces kystes sont possibles. C'est ainsi que, dans une observation de DARTIGUES, à côté de 3 petits kystes d'origine ovarienne démontrée par l'histo-

logie, existait un petit hydrosalpinx allongé, un peu plus gros que l'intestin grêle.

Nous ne connaissons pas de cas de kystes tubaire isolé. Si on a laissé des débris de trompe, il y a en effet de grandes chances pour que subsistent également des débris d'ovaires qui dégénèrent aussi volontiers, et surtout ont une origine plus facile à identifier sur les coupes ; car l'épithélium tubaire peut s'aplatir ou disparaître et l'hydrosalpinx prendre l'aspect d'un pseudo-kyste inflammatoire banal d'origine péritonitique.

KYSTES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DE DÉBRIS OVARIENS.

Ce sont probablement les plus fréquents. Bien des hystérectomies totales pour annexites suppurées ne sont, sans doute, au point de vue strictement anatomique tout au moins, que des castrations partielles. Quand on a vu certains ovaires transformés en poches kystiques énormes, se continuant sans trace de démarcation apparente avec des dilatations ampullaires de la trompe, et fixés dans le Douglas par un couvercle de membranes épaisses, adhérents de tous côtés au rectum en sigmoïde, au grêle, à l'épiploon, on comprend facilement que les vestiges de tissu ovarien refoulés par cette dégénérescence kystique et encastrés dans ces tissus inflammatoires, puissent être oubliés par une décortication prudente et être attachés aux parois pelviennes ou intestinales.

Si ultérieurement ces débris dégénèrent, rien de plus naturel, puisqu'ils sont déjà sérieusement altérés et renferment peut être des microkystes en voie d'évolution.

Les examens hystologiques démontrant cette origine ovarienne ne manquent pas ; nous en rapporterons plus loin certaines observations

La pathogénie de ces kystes semble, au premier abord, la même que celle des kystes ordinaires de l'ovaire. Quelques auteurs cependant ont voulu leur attribuer un mécanisme spécial. C'est ainsi que DARTIGUES en 1908, dans un important article de la *Revue de gynécologie*, appelle ces kystes des « cysthématomes menstruels post-opératoires » et leur donne pour origine une rétention hématique. « Le flux menstruel, n'ayant plus d'issue, s'accumule progressivement dans les cavités kystiques. »

Cette théorie a été développée la même année par CHASSAT dans sa thèse. « La pathogénie de ces kystes sanguins est liée à la fluxion menstruelle persistant après l'opération et qui ne trouve pas à se faire jour au dehors. Sous l'influence de la congestion menstruelle, au niveau des débris ovariens, il se fait dans les follicules de de Graaf où les microkystes préexistants, de véritables apoplexies sanguines plus ou moins abondantes qui, s'accumulant tous les mois, finissent par aboutir à des kystes de volume considérable, tels ceux rapportés par M. DARTIGUES, tel celui de M. FAURE qui avait les dimensions d'une tête d'adulte.

«... Les signes fonctionnels et généraux sont les mêmes que ceux de la menstruation normale, mais avec un caractère douloureux plus prononcé : quant au flux menstruel, il contribue à la formation du cysthématome qu'il accroit et distend périodiquement.

La symptomatologie du cysthématome menstruel pourrait fort bien être mise en parallèle avec celle de l'hématomètre ; le siège à part, c'est le même syndrome menstruel et, en somme, le même mécanisme : le manque d'issue par les voies génitales. »

Cette conception nous paraît insoutenable. Et d'abord ce prétendu écoulement à l'extérieur de la petite hémorragie de l'apoplexie ovulaire, et son accumulation kystique en cas de rétention par obstacle, nous paraissent quelque peu fantaisistes.

De plus, si une rétention hématique était réellement à l'origine de ces kystes, on devrait observer ces derniers beaucoup plus souvent car les obstructions tubaires spontanées sont très fréquentes. Sans doute les oblitérations aseptiques fonctionnelles sinon anatomiques qui sont à l'origine de bien des stérilités, coïncident souvent avec des dégérescences kystiques, ovariennes mais celles-ci n'ont aucun rapport avec une rétention hématique quelconque ; elles sont simplement la signature, au même titre que l'oblitération de la trompe, d'une aplasie régionale. C'est en effet, un principe bien établi d'embryogénèse qu'un organe faisant partie anatomiquement d'un système, n'est jamais aplasié seul, mais que l'arrêt de développement porte, à des degrés variables sur tout l'ensemble du système.

Quant aux oblitérations septiques déterminées par les collections tubaires de nature diverse, elles peuvent, elles aussi évidemment s'accompagner de kystes ovariens mais qui sont d'interprétation non univoque et sont probablement déclanchés par le même processus infectieux que celui de la trompe.

Le fait que les cysthématomes des observations de DARTIGUES semblaient être le siège de poussées menstruelles, ne prouve rien en faveur de la conception soutenue par CHASSAT. Outre, d'une part, que ce caractère n'a pas été retrouvé dans les observations d'autres auteurs et que la suggestion médicale joue sans doute un certain rôle dans l'interrogatoire des malades présentant des malaises vagues et une certaine instabilité psychique, comme beaucoup de femmes après la castration, ces congestions périodiques peuvent très bien se produire au niveau de kystes d'origine quelconque, hématiques ou non, sans qu'elles puissent faire préjuger en quoi que ce soit de la pathogénie de ces derniers. Certaines hématoécèles thyroïdiennes en sont une preuve.

Dans un article récent, GILLET, après avoir montré le caractère illogique de la conception de ces soi-disant cysthématomes menstruels, s'attache à démontrer que ces kystes opératoires n'ont rien à voir avec les hématomes ovariens véritables et que si, au début sans doute, ils renferment du sang pur, plus tard, en grossissant, ils ne contiennent plus que de la sérosité.

En réalité, il est possible, comme le montre au moins une observation de DARTIGUES, que de gros

kystes soient réellement et exclusivement sanguins, mais encore une fois, ce fait n'a rien de caractéristique ; ces kystes sont exactement les mêmes que les kystes sanguins développés sur des ovaires avant toute intervention. On peut en trouver une preuve, parmi beaucoup d'autres dans l'observation de BOECKEL, datant de 1861, sur un kyste de l'ovaire qu'il appelle « ménorragique » et à propos duquel il dit : « il a dû exister quelque lésion primitive inflammatoire de l'ovaire et de la trompe. »

En réalité, les kystes post-opératoires, développés aux dépens des débris ovariens oubliés par l'intervention, présentent tous les types anatomo-pathologiques des kystes ovariens habituels ; et le problème pathogénique est le même pour les uns que pour les autres, c'est dire qu'il est loin d'être résolu.

Si le fait d'enlever l'utérus est susceptible d'influencer en quoi que ce soit la production de ces kystes, c'est dans un sens tout à fait différent de celui de DARTIGUES qu'il faut l'entendre. Il n'y a rien d'absurde en effet, à supposer que l'ablation d'un des deux organes connexes intimement liés au point de vue physiologique, puisse entraîner la transformation kystique de l'autre. Sans entrer dans de grands détails hystologiques qui ne seraient pas ici de mise, il est certain que parmi les processus de métaplasie qui traduisent les bouleversements physiologiques d'un organe, certains ne sont pas éloignés de la dégénérescence kystique.

Malheureusement, pour confirmer ou infirmer une pareille hypothèse, théoriquement très plau-

sible, il n'existe aucun argument clinique valable. Tout ce qui a été observé et écrit à ce sujet peut en effet, se rapporter aux deux questions suivantes :

1^o L'ablation de l'utérus aseptique (fibrome par ex.) avec conservation d'un ou de deux ovaires, entraîne-t-elle, avec une fréquence insolite la dégénérescence kystique du ou des ovaires restants ?

C'est évidemment sous cette forme que le problème est le plus facile à résoudre. Dans une hystérectomie pour lésion aseptique, on voit nettement ce qu'on fait ; on sait exactement ce qu'on laisse dans le ventre et ce qu'on enlève ; et, après coup, le petit bassin est libre d'adhérences, ce qui permet par le toucher vaginal de dépister facilement une transformation kystique au début.

Or, malgré de violentes et interminables discussions, la question n'est pas résolue, tant s'en faut. Cela tient en partie à ce qu'il n'existe pas de statistiques suffisantes d'interventions faites dans le sens de la conservation systématique, longtemps poursuivies et bien étudiées dans leurs suites éloignées. Pour prôner ou décrier ce traitement conservateur, les partisans des deux clans n'ont pas tous attendu le résultat d'une longue expérience, la plupart se sont déterminés d'après leurs idées théoriques sur le rôle joué par l'ovaire et son importance ou son inutilité physiologique après l'hystérectomie. Or, cette question subsidiaire du rôle de l'ovaire, après le départ de l'utérus, est elle-même parfaitement irrés-

solue. « Toute cette chirurgie conservatrice disait FAURE et SIREDEY (traité de gynécologie, édition 1923) doit avant tout viser à respecter l'ovaire dont nul ne songe plus à nier l'utilité au point de vue général. » — « Si maintenant, dit TIXIER dans une discussion à la société de chirurgie de Lyon (février 1925), j'enlève presque toujours systématiquement les deux ovaires, c'est que nous savons qu'au point de vue physiologique, leur conservation ne présente aucun intérêt. »

Or, de 1923 à 1925, il n'a été fait, que nous sachions, aucune découverte importante, justifiant une pareille différence d'opinion.

Il faut donc avouer que le problème des dégénérescences kystiques de l'ovaire après kystérectomie, dont la solution jetterait pourtant un jour souhaitable sur les relations physiologiques intimes des deux organes connexes aux interactions encore si obscures, n'a pas été abordé jusqu'ici avec toute la rigueur scientifique désirable. Dans ces conditions, il ne faut pas compter résoudre la seconde question qui concerne plus spécialement la variété de kystes post-opératoires que nous étudions, c'est-à-dire ceux qui surviennent après une castration en apparence totale.

2^o L'ablation de l'utérus et des deux ovaires prédispose-t-elle à la transformation kystique des débris de tissu ovarien laissés par mégarde dans le pelvis ?

Outre que dans le nombre énorme de castration

totale pour salpingite, il serait chimérique de vouloir déterminer la proportion des cas où des débris de cette nature ont été oubliés, il est de plus impossible de faire ici la part exacte de la castration et de l'infection.

A priori, on serait tenté de faire jouer à cette dernière un grand rôle, puisque c'est presque uniquement après les interventions pour salpingites graves qu'on a observé les kystes que nous étudions. Mais on pourrait tout aussi bien dire que l'infection n'est pour rien dans leur genèse et que s'ils se produisent après des salpingectomies, c'est tout simplement parce que c'est seulement dans les ablations de pyosalpinx adhérents qu'on a des chances de laisser dans la plaie des débris annexiels. Dans une castration totale pour fibrôme simple, on est pratiquement certain de tout enlever.

Concluons donc, pour simplifier, que tous les kystes pelviens survenant après castration bilatérale et que l'hystologie montre développés aux dépens de débris ovariens facilement et nettement identifiés, sont de tous points analogues aux kystes de l'ovaire habituels. Nous ne sommes pas plus renseignés sur la pathogénie des premiers que des seconds.

KYSTES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DES TRONCS LYMPHATIQUES.

M. le Professeur agrégé HAMANT, avec M. le Professeur agrégé CORNIL, à la suite de notre observation n^o 1, suggèrent une hypothèse qui n'a pas

encore été mentionnée jusqu'ici ; c'est celle de l'origine lymphatique de certains kystes ou plutôt pseudo-kystes post-opératoires.

Dans notre cas, en effet, nous avons affaire à un véritable lymphangiosme kystique (lymphangioma-cystoïdes) dans lequel on peut suivre les communications entre les cavités lymphatiques dilatées avec un mince endothelium limitant et la cavité kystique fondamentale.

Le point difficile à interpréter est évidemment de savoir s'il s'agit de lymphangiome vrai, dans le sens néoplasique bénin, ou bien de lymphangiomatose c'est-à-dire d'un processus hyperplasique à point de départ inflammatoire.

Nous avons tendance à nous rattacher à cette dernière interprétation pour plusieurs raisons. La première, d'ordre général, est étayée par la constatation faite par CORNIL et LEROUX, dans un cas d'angiome hépathique. Ces auteurs purent établir les points de passage successifs entre l'hyperplasie telangectiasique inflammatoire et le tissu angioma-teux typique dans lequel il n'est déjà plus possible de reconnaître la trace inflammatoire originelle. Il est évident que, du point de vue anatomo-pathologique général, ce qui est vrai pour les vaisseaux sanguins a toutes les raisons d'être vraisemblable pour les vaisseaux lymphatiques.

En ce qui concerne le cas particulier que nous avons en vue dans cette discussion il y a sans doute lieu de faire quelques réserves quisque nous n'avons pas, concrétisés sur la coupe hystologique, les points

de passage auxquels L. CORNIL et LEROUX font allusion dans leur étude. Il n'est cependant pas interdit de penser que, le prélèvement ayant été fait plusieurs mois après l'intervention, un processus inflammatoire est susceptible de laisser place à un tissu dont la structure est intermédiaire entre le fibrome authentique et le tissu fibreux cicatriciel.

Evidemment, il ne s'agit dans l'interprétation que nous venons de donner, que d'une hypothèse mais, jusqu'à plus ample informé, c'est la seule capable d'expliquer les faits anatomo-pathologiques que nous avons constatés.

En terminant, nous tenons à rappeler une objection qui pourrait être faite et à laquelle nous avons pensé. C'est la possibilité d'admettre qu'il s'agit de varices lymphatiques comparables à celles décrites par LETULLE, dans l'intestin grêle. Cette opinion ne nous a pas semblé devoir être retenue en raison même de la structure du tissu de voisinage essentiellement fibromateux qui aurait, à coup sûr, endigué toute dilatation lymphatique.

KYSTES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DE
RÉSIDUS EMBRYONNAIRES RÉVEILLÉS PAR
L'INFECTION

Bien qu'il soit actuellement impossible d'apporter une preuve formelle en faveur de cette origine, cette dernière nous paraît extrêmement plausible et même très vraisemblable. Déjà TIXIER, CHALIER, à la Société de chirurgie de Lyon l'ont

envisagée. Il est possible que plusieurs examens histologiques l'aient laissée passer inaperçue et aient pris pour des résidus d'ovaire pathologique ce qui n'était que des reliquats de parovaires en voie de prolifération et de transformation kystique.

Ce réveil d'éléments embryonnaires, au voisinage des tissus chroniquement infectés est, en effet un phénomène très général dans l'organisme. On ne saurait en apporter un plus bel exemple que celui des kystes parodontaires développés aux dépens des éléments embryonnaires si bien étudiés par MALASSEZ.

Il est logique de penser que des processus analogues doivent se passer parfois au niveau de tous les débris embryonnaires inclus au fond d'un pelvis chroniquement infecté ; que ces débris, d'ailleurs, soient ceux du parovaire ou ceux des canaux de Wolff ou de Gartner.

A la séance du 17 novembre 1926 de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, M. le Professeur Vautrin, à l'occasion d'observations personnelles, a nettement invoqué cette origine embryonnaire. Il distingue deux sortes de kystes post-opératoires, des kystes uniloculaires à contenu séreux et des kystes multiloculaires : « J'ai reconstruit, dit-il un seul kyste multiloculaire chez une femme de 42 ans opérée 5 ans auparavant pour utérus fibromateux compliqué d'annexites. L'hystérectomie totale avec extirpation entière des annexes, avait été pratiquée par mes soins. Cinq ans après la guérison, la malade me fit constater dans le pelvis l'existence

d'une tumeur située dans la partie gauche du bassin, en avant du rectum, indolore au toucher mais provoquant des douleurs irradiées et une gêne notable de la défécation. Elle se prolongeait jusqu'au confins de la fosse iliaque.

L'intervention ne put être longtemps différée. Elle fut très difficile et périlleuse. Je dus extraire par l'abdomen, de la profondeur du ligament large un kyste à parois minces et fragiles dont la paroi supérieure se laissa cliver assez aisément ; mais, arrivé au contact de l'uretère, un gâteau polykystique adhérent, infiltré dans le paramètre exigea les plus patientes manœuvres de séparation. Un drainage à la Mickulicz fut nécessaire pour assurer la cure. »

Pour M. VAUTRIN, la pathogénie de ces deux sortes de kystes n'est pas la même ; pour les kystes uniloculaires, il admet l'origine périmétrique (sans apporter d'ailleurs d'examen anatomo-pathologique, puisque deux de ses malades n'ont subi aucun traitement chirurgical et que la troisième a subi simplement une ponction du kyste par le vagin. Quant aux kystes multiloculaires, il ne les fait pas dériver d'une prolifération de tissu ovarien.

« Il paraît peu admissible, dit-il, que l'exérèse radicale qui emporte l'utérus avec les ailerons ligamentaires, annexiels, laisse persister des îlots ovariens ou des glandes surnuméraires capables de proliférer dans la suite. Et surtout il serait étonnant qu'un drainage aussi offensif pour la séreuse pelvienne que le Mickulicz ne détruise pas les reliquats glandulaires laissés à son contact.

Si l'on tient compte que les masses polykystiques secondaires aux castrations totales ont leur siège dans le ligament large, dans les feuillets de la gaine hypogastrique, au contact du bouquet vasculo-urétéral, une pathogénie s'offre à nous avec une précision scientifique frappante : l'origine Wolfienne.

Dans le ligament large, entremêlés aux vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques et à l'uretère, des vestiges du canal de Gartner persistent après l'hystérectomie. La région ampullaire de ce canal est hérissée, comme l'embryologie l'a établi, de nombreuses évaginations épithéliales et de diverticules qui encombrant parfois le carrefour où se croisent artère utérine et uretère. C'est dans ce carrefour qu'apparaissent les kystes inclus dans la base ligamentaire ou dans les paramètres dont le gâteau microkystique profond est si difficile à énucléer. »

KYSTES D'ORIGINE ENDOMÉTRIALE

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre de pathogénie sans invoquer une dernière hypothèse, celle de l'origine endométriale. Disons tout de suite que pareille en cela à la théorie embryonnaire avec laquelle d'ailleurs elle a des points communs, elle ne se justifie encore par aucun examen anatomo-pathologique. Mais vraiment, le nombre de ces examens (surtout de ceux qui ont la précision suffisante), est tellement minime, qu'il ne faut pas être trop difficile et vouloir, avec si peu de matériaux, délimiter des catégories avec certitude.

C'est pourquoi nous n'éliminerons pas pour des raisons purement théoriques l'origine endometriale, non plus que l'origine Mullerienne possible des kystes post-opératoires.

Sans vouloir faire un exposé complet de la question des endometriomes (pour lequel nous renvoyons au très beau travail d'ensemble de LAUCHE dans les « Virchows Archiv » de 1923), nous voudrions insister sur quelques points de leur étude.

On sait que parmi les endometriomes extra-génitaux qui peuvent siéger en des endroits très variables (péritoine pelvien, intestin, ombilic, etc...), certains, fait très curieux, ont été trouvés dans des cicatrices de laparotomie. On en connaît une vingtaine de cas, quelques-uns après appendicectomie, presque tous après une intervention gynécologique (ventrofixation, annexectomie). Ces tumeurs, comme tous les endometriomes ont le remarquable caractère de grossir et de devenir douloureux au moment des règles. L'hypothèse qui vient immédiatement à l'esprit et qui, effectivement, a été invoquée par LAUCHE et plus récemment encore par SAMPSON, est celle des greffes de muqueuse utérine dans la plaie opératoire ; de même que (toujours d'après SAMPSON) les endometriomes du péritoine pelvien proviendraient de la greffe de débris de la muqueuse utérine expulsée par la trompe au moment des règles dans la cavité abdominale.

« Toutes ces théories, dit récemment OBERLING, sont inadmissibles : on observe des endometriomes dans des cicatrices de laparotomie sans que l'utérus

ait été touché par l'opération ; on observe ces mêmes tumeurs à des endroits où la greffe utérine est matériellement impossible (région inguinale, ombilic) ».

En réalité, de longues considérations histologiques et embryologiques, du plus haut intérêt d'ailleurs mais sur lesquelles nous ne pouvons insister ici, font venir les endometriomes de deux origines : la muqueuse utérine d'une part pour les adenomyomes utérins, et la séreuse péritonéale d'autre part pour les endometriomes extra-génitaux. C'est du moins, semble-t-il, l'opinion la plus communément admise par les histologistes actuels. Toutefois, la question, très complexe, n'est pas encore jugée, et tout dernièrement LAHN (de Dresde), admet pour les endometriomes du péritoine pelvien des origines multiples : la greffe de muqueuse utérine expulsée par le mécanisme physiologique décrit par SAMPSON, la greffe de cette même muqueuse au niveau des plaies opératoires si on a ouvert l'utérus pendant l'intervention et enfin le développement de la tumeur aux dépens du péritoine pelvien lui-même par un de ces processus obscurs intermédiaires entre le néoplasme et l'hyperplasie inflammatoire.

Peu nous importe d'ailleurs la nature intime de ces processus histologiques. Il nous suffit de savoir deux choses : la première est que des débris de muqueuse utérine sont peut-être susceptibles de se greffer dans le champ opératoire après une castration totale et donner ainsi une tumeur post-opératoire ; la seconde est que des débris péritonéaux peuvent, plus probablement sans doute, jouer le même rôle.

La conclusion de ce chapitre de pathogénie est évidemment qu'il faut être éclectique. Les auteurs ont souvent le tort de généraliser trop vite une explication pathogénique s'appliquant à leur cas particulier. C'est ainsi qu'il nous semble déraisonnable d'éliminer l'origine ovarienne sous le prétexte théorique de son peu de probabilité, puisque, dans quelques cas, des examens histologiques précis sont venus la démontrer d'une façon indiscutable (Observ. de LANOS, par exemple).

Et inversement, l'hypothèse de l'origine embryonnaire, d'ailleurs si rationnelle, et peut-être la plus séduisante de toutes au point de vue dogmatique, n'a encore jusqu'ici aucun examen anatomo-pathologique à son actif.

Nous voyons, d'autre part, que déterminer l'origine péritonéale d'une tumeur post-opératoire ne solutionne pas le problème ; les débris péritonéaux peuvent subir des évolutions bien différentes : ou bien ils s'enflamment, secrètent et donnent une poche de pelvi-péritonite ; ou bien ils subissent la simple dégénérescence kystique commune aux tissus en inclusion ; ou enfin, ils évoluent vers le type endometriome par une sorte de réveil atavique puisque, au point de vue de l'ontogénèse, la séreuse péritonéale et le canal de MULLER sont proches parents.

Puisqu'aussi bien, dans l'état actuel de la question, l'étude pathogénique des kystes pelviens survénant après castration totale ne peut guère être qu'un

rappel théorique de toutes les origines possibles, nous proposons de les résumer dans le schéma suivant :

Origine lymphatique.

Tumeur à type « lymphangioma cystoïdes ».

Origine péritonéale :

Poche de pelvi-péritonite ;

Kyste simple par dégénérescence de débris
inclus ;

Tumeur à type endometriome.

Origine ovarienne :

Ovaire surnuméraire ;

Débris d'ovaire laissés dans le champ opératoire ;

Résidus ovariens embryonnaires.

Origine utérine :

Endometriome par greffe de débris de muqueuse utérine ;

Evolution endométriale de résidus du canal
de MULLER.

Origine Wolfienne ?



CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE & DIAGNOSTIC

Signes fonctionnels. — Ils sont assez frustes. Le plus constant, presque l'unique, est la douleur. Elle est évidemment d'intensité très variable ; cela dépend probablement d'abord du terrain psychique sur lequel elle évolue (considération qui n'est pas à négliger dans les premiers temps qui suivent la castration) et aussi, sans doute, de la qualité des tissus cicatriciels qui remplissent le petit bassin. Après une hystérectomie pour annexites suppurées, il est probable que le tissu cellulaire pelvien reste longtemps le siège sinon d'une infection bien caractérisée, du moins de phénomènes réactionnels qui ne s'éteignent que très lentement. L'apparition d'une poche kystique dans ce tissu peu extensible, au voisinage de cicatrices péritonéales plus ou moins sensibles, provoque à peu près fatalement des douleurs, généralement assez violentes, mais non en rapport avec le volume du kyste : petite amande, petite mandarine, très douloureuse à la pression ; ou, au contraire, énorme kyste, gros comme une tête d'adulte, à peu près indolore.

Assez souvent, ces douleurs sont remplacées par une gêne, une impression de pesanteur dans le bas-ventre, parfois accompagnées de dysurie et de tenèsme (LANOS).

Donc, rien de bien caractéristique. Ce qui l'est davantage, c'est la périodicité de ces douleurs ou tout au moins leur exagération au moment théorique des règles supprimées depuis la castration. Dans sa thèse, CHASSAT insiste beaucoup sur ce caractère qui lui semble essentiel pour la démonstration de sa conception des cysthématones, précisément dénommés menstruels.

En réalité, il semble bien que CHASSAT ait quelque peu exagéré. La plupart des observations récentes ne signalent pas ces exacerbations périodiques ; quelques-unes même notent expressément leur absence. « Les examens répétés, de GILLET, montrent qu'il n'y a pas augmentation progressive, par à-coups menstruels périodiques, du volume de ces collections. Elles se développent à peu près, à l'époque d'une de ces menstruations théoriques ou réelles, peu après l'intervention, puis croissent avec plus ou moins de lenteur. »

Dans une observation de TIXIER (que nous ne rapporterons pas plus loin, car elle manque de confirmation opératoire), ce caractère de périodicité est cependant observé d'une manière indiscutable. Examinant sa malade quelques mois après une hystérectomie avec castration totale « je découvris à gauche, derrière le ligament large, une tuméfaction arrondie, du volume d'une petite mandarine, paraissant nettement kystique. La malade racontait qu'à des intervalles mensuels assez réguliers, elle souffrait à gauche et accusait à ce moment des malaises subjectifs lui rappelant ceux antérieurement éprouvés au moment de

ses règles. Excellent état général. Aucun traitement. Pendant plusieurs années, j'ai suivi régulièrement l'évolution de cette collection. Elle présentait des périodes d'augmentation et de diminution très manifestes. Puis, tout est rentré dans l'ordre ; il faut dire que les années avaient passé et que l'âge de la ménopause normale était arrivé ; toute fonction ovarienne plus ou moins atténuée devait donc cesser. »

Il est en effet curieux de remarquer que certains de ces kystes post-opératoires, faisant par la même la preuve de leur origine ovarienne, ont semblé jouer un rôle de suppléance et remplacer les ovaires extirpés. Dans un cas de GILLET, la simple ponction du kyste suffit à faire apparaître des bouffées de chaleur qui n'existaient pas après la première intervention (castration totale). Une autre observation de GILLET également, est encore plus démonstrative et a presque la valeur d'une expérience : on enlève à une malade les annexes, en laissant en place l'utérus ; la malade continue à être réglée pendant quatre ans, mais avec des douleurs qui forcent à intervenir. On trouve un petit kyste faisant une saillie sous le péritoine pelvien ; on l'enlève, ainsi que l'utérus. Les douleurs cessent, mais alors apparaissent seulement les signes de castration (obésité, bouffées de chaleur, perte de l'appétit sexuel).

Sans doute, on pourrait objecter que, dans le premier cas, il ne s'agit peut-être que d'une coïncidence et que, dans le second, l'ablation de l'utérus seul aurait peut-être suffi à déclencher l'apparition des mêmes troubles. La physiologie exacte de l'uté-

rus, pour ce qui est des sécrétions internes, à l'état normal et à plus forte raison après l'ablation des ovaires est tellement peu connue, qu'aucune hypothèse n'est absurde. Tant il est vrai qu'il est bien difficile de trouver dans la clinique humaine, les conditions idéales d'une expérience de laboratoire.

Signes physiques. — Ils sont variables, cela va sans dire, selon le nombre et la grosseur des kystes. Le toucher vaginal fera sentir soit une simple induration peu étendue siégeant d'un côté du moignon cervical de la cicatrice vaginale. soit une petite tuméfaction régulière et délimitable ou, au contraire, diffuse et semblant occuper la base d'un ligament large, soit enfin une grosse tumeur dont le palper abdominal appréciera la limite supérieure ; celle-ci pouvant remonter jusqu'à mi-chemin de l'ombilic (J.-L. FAURE) ou pointer au-dessus d'une arcade de Fallope.

La consistance de ces kystes dépend du degré de tension du liquide contenu et de sa nature : mollasse dans les petits kystes sanguins poisseux, rénitente et plus ou moins tendue dans les gros kystes.

Des adhérences parfois très épaisses peuvent englober le kyste et le faire échapper au toucher le plus attentif. On peut même dire qu'elles sont presque la règle, n'étant que le reliquat de celles qui encombraient le pelvis lors de la première intervention ; elles peuvent être telles qu'elles rendent l'opération itérative extrêmement périlleuse, du moins par la voie abdominale. A plusieurs reprises, il a été impos-

sible de cliver le kyste à leur intérieur et nécessité fut de la marsupialisation (J.-L. FAURE).

Diagnostic. — Vouloir établir les règles d'un diagnostic ferme dans une affection, somme toute, aussi rare et surtout aussi atypique dans ses symptômes et son évolution, que celle que nous étudions, serait évidemment puéril. Si, dans certains cas, ce diagnostic paraît simple et même facile pour un opérateur averti, dans d'autres, il est absolument impossible.

Il faut d'ailleurs faire une distinction préalable. Si une malade, souffrant toujours, s'adresse au chirurgien qui a exécuté la première intervention et sait exactement ce qu'il a enlevé et laissé dans le ventre, le diagnostic exact a des chances de pouvoir être posé. Rares, en effet, sont les causes d'erreur si on pratique la castration totale : noyaux lymphangitiques flanquant le moignon cervical avec ou sans empâtement du paromètre, disparaissant lentement par le repos et le traitement antiphlogistique ; collection suppurée autour de fils résorbables : allure aiguë, évolution rapide ; abcès pelviens autour de vieilles adhérences non stérilisées et dont la virulence se réveille pour une raison quelconque (poussée d'entérite par exemple) ; phénomènes de pelvipéritonite : marche rapide vers la résolution ou la suppuration (il faut cependant penser à la possibilité d'une collection froide si on a eu quelques soupçons de la nature bacillaire des lésions primitives ; noyaux d'épiploïte descendus et adhérents au fond du pelvis, irréguliers, douloureux (avec douleur diffuse à la palpation abdo-

minale, l'épiploon étant sensible tout le long de son insertion colique), etc... Mentionnons seulement les tumeurs néoplasiques portant sur la paroi vaginale, le col utérin, le rectum, le grêle, etc...

Si les douleurs présentées par la malade sont sujettes à des recrudescences périodiques, à plus forte raison si elles n'existent qu'aux périodes présumées des règles. si la tuméfaction sentie au toucher vaginal s'accroît par à-coups, bref, si la symptomatologie revêt le caractère un peu schématique que CHASSAT attribue aux cysthematomes, les présomptions sont, en effet, fortement en faveur d'une tumeur d'origine ovarienne. Comme la castration est sensée avoir été totale, le chirurgien pensera immédiatement soit à un ovaire surnuméraire, soit à des débris de tissu ovarien oubliés dans des adhérences.

Ou bien, au contraire, le chirurgien voit la malade pour la première fois et ne sait pas en quoi a consisté l'opération primitive. La seule chose qui importe, en cas de tuméfaction médiane, c'est de savoir s'il s'agit de l'utérus laissé en place et devenu fibromateux (ou même gravide ?)

En cas de tuméfaction latérale, si les signes physiques ne sont pas évidents (et ils le sont rarement), on ne s'attachera pas à faire un diagnostic précis de nature ni d'origine ; c'est une seconde laparotomie qui décidera.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION & PRONOSTIC

L'évolution des kystes pelviens est très variable. Les uns, indéfiniment stationnaires sous un petit volume, ne provoquent aucun trouble ; on ne les découvre que par hasard, soit par un toucher vaginal, soit par une laparotomie itérative faite pour une autre cause. A telle enseigne que beaucoup de ces formations kystiques passent peut-être tout à fait imperçues.

Les autres déterminent des troubles tolérables et, après quelques années d'attente, disparaissent spontanément, au moment de la ménopause par exemple, comme dans deux cas rapportés par TIXIER.

D'autres enfin ont une évolution nettement progressive, continue ou par à-coups. « Je n'ai jamais eu, dit CHALIER, l'impression que ces poussées aient coïncidé avec ce qui aurait été les périodes cataméniales si ces femmes n'avaient pas été castrées. » Mais ce qu'il y a de certain, c'est que ces poussées ont des caractères nettement inflammatoires, car elles s'accompagnent non seulement de phénomènes douloureux, mais aussi de phénomènes subfébriles (38°, 38°, 2) et parfois même de sensations de battements simulant le retour du pyosalpinx extirpé. Ces douleurs surviennent donc par crises, qui peuvent durer de six

à huit jours. Dans la période de plein développement du kyste, c'est-à-dire au moment où la malade, lasse de souffrir, accepte l'opération, la douleur est presque continuelle.

Cette évolution, déjà si irrégulière, peut être entrecoupée d'accidents. Dans sa thèse, CHASSAT signale trois complications possibles ; la suppuration, la rupture, et la production d'adhérences. Cette dernière n'a en réalité rien à voir avec le kyste lui-même. « Devant la production kystique croissante, dit CHASSAT, se dresse un travail intensif de défense péritonéo-intestinale, qui arrive à une agglomération serrée et confuse des anses faisant place à la tumeur envahissante et la cerclant. » En réalité, ce sont simplement les membranes inflammatoires, préexistant à l'intervention, qui continuent à se développer autour de petits nids infectieux chroniques. Ce sont ces derniers également qui peuvent se surinfecter et déclancher la suppuration du kyste.

Quant à la rupture, évidemment possible, vu la minceur parfois extrême des parois kystiques, elle n'a pas été signalée dans les observations que nous rapportons ; et c'est peut-être un peu artificiellement que CHASSAT la décrit comme ayant « tous les symptômes terribles et cataclysmiques d'une inondation sanguine péritonéale. »

Ces diverses éventualités, en plus des symptômes douloureux qui, souvent, suffisent par eux-mêmes, décident donc, dans la majorité des cas, de la nécessité de l'intervention. Cette dernière, d'ailleurs, n'est pas sans présenter une certaine gravité, puisque,

presque par définition, elle se fait dans un milieu profondément et depuis longtemps infecté ; sans compter que le cheminement par voie abdominale à travers d'épais magmas adhérentiels, peut devenir extrêmement périlleux (observations de DARTIGUES, de J.-L. FAURE).

Enfin, comme dernier élément défavorable, venant encore assombrir le pronostic, il faut prévoir les récurrences possibles et même, semble-t-il, fréquentes. Si nous mettons de côté, en effet, les observations qui ne donnent pas de renseignements sur les suites éloignées de l'intervention itérative (celles de DARTIGUES, FAURE, HALLER, SÉJOURNET, LANOS), nous voyons que sur dix restantes, la récurrence est notée cinq fois

1^{er} cas. — Observ. CHALIER : opération itérative le 1^{er} mars 1924, avec ablation d'un kyste très adhérent, qui se remplit ; le 5 février 1925 : sensation d'une tuméfaction ovoïde, du volume d'une noix, perçue dans le cul-de-sac gauche et un peu sensible à la pression.

2^e cas. — Observation CHALIER. — Ablation d'un kyste le 9 janvier 1924, très adhérent, qui se rompt en partie. Le 26 septembre 1924, même sensation de kyste ovoïde, plaqué contre la paroi pelvienne latérale gauche.

3^e cas. — CHALIER. — Le 23 octobre 1924, ablation difficile d'un kyste adhérent, qui se rompt. Le 15 janvier 1925, on sent à nouveau une petite induration dans la base du ligament large gauche.

4^e cas. — Obs. GOUILLOU. — Chez une malade castrée par trois interventions antérieures, on extirpe, le 12 juillet 1901, par voie abdominale, un kyste du côté droit, du volume d'un œuf, de décortication très difficile ; le 9 septembre 1901, évacuation par voie vaginale d'un kyste du côté gauche. De 1904 à 1910, reprise lente, progressive, des douleurs. En 1904, déjà, le toucher montrait à gauche une induration comme un petit œuf « évidemment formé, dit l'observation, de petits kystes comme avant. » En 1909, même sensation ; en 1910, la formation kystique est disparue.

5^e cas. — Obs. GILLET. — En janvier 1923, laparotomie pour kyste du volume d'une noix, adhérent mais non rompu. En juin de la même année, nouvelle collection enkystée, plaquée contre le col, et faisant dans le cul-de-sac latéral une saillie très nette.

Pourquoi ces kystes récidivent-ils ?

Peut-être d'abord parce que les membranes inflammatoires persistant après la première intervention, n'ont aucune raison de ne pas se reproduire, même après la seconde, si les conditions d'inflammation du pelvis sont les mêmes. Dans les cas de GOUILLOU en effet, l'étude histologique de la première récive n'a montré dans les parois aucune trace de tissu ovarien ; il s'agissait donc probablement d'une simple poche de pelvipéritonite, limitée par des adhérences préformées.

Peut-être aussi parce que les débris d'ovaire laissés par l'intervention primitive peuvent dégénérer suc-

cessivement ? Plus probablement, dans la majorité des cas, parce que la seconde intervention réalise les conditions de la première : décortication très difficile et vraisemblablement incomplète d'une poche kystique, abandon dans le champ opératoire de débris pariétaux renfermant des traces de tissu ovarien qui pourront dégénérer à leur tour.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Existe-t-il un traitement vraiment préventif des kystes post-opératoires ? C'est peu probable. Dans les salpingites kystiques, on fera bien évidemment de suivre le conseil classique sur lequel insiste J.-L. FAURE, qui est d'aller chercher dans la profondeur le plan de clivage et de décoller de bas en haut. Cependant « on se défiera, dit GILLET, autant qu'il est possible, du décollement brutal, du déroulement sans précaution qui, de bas en haut, arrache vite mais incomplètement, et risque de laisser adhérentes d'importantes portions de la glande.

Quant aux kystes péritonitiques, à ceux qui dépendent d'ovaires aberrants ou de débris embryonnaires, on ne voit pas bien comment les éviter. Le fait qu'un large drainage à la Mickulicz a paru prédisposer à la production de ces dégénérescences, ne peut évidemment pas entrer en ligne de compte pour modifier, en quoi que ce soit, les principes généraux du drainage abdominal. Si un Mickulicz semble opportun, ce n'est pas la considération de cette conséquence possible, somme toute hypothétique, qui pourra s'y opposer.

Le traitement de la lésion, une fois constituée, peut se résumer ainsi : « La conduite logique, dit en-

core GILLET, la seule acceptable pour les formations volumineuses qui se présentent aux chirurgiens comme de véritables tumeurs abdominales et doivent être traitées comme telles, est l'ablation minutieuse par le ventre. Elle est toujours délicate, parfois impossible, la dissection en plein plancher pelvien de ces tumeurs, qui côtoient l'utérine et l'uretère, sans les repères anatomiques habituels, comportant des risques réels. Nous sommes persuadés que ces néoformations restent bénignes. La ponction prudente, la colpotomie à minima suivie de tamponnements à la gaze un peu prolongés, suffit à les faire disparaître et le développement des troubles d'insuffisance ovarienne qui a suivi cette pratique dans les cas relatés, prouve qu'on peut bien espérer, en pareils cas, en avoir fini avec le tissu ovarien. Enfin, les rayons X... ou le radium nous paraissent à priori tout à fait capables de réaliser à moindres frais cette atrophie souhaitable. »

Sur la difficulté fréquente, parfois insurmontable de la laparatomie, inutile d'insister. On pourra au besoin, comme l'a fait J.-J. FAURE, avoir recours à la simple marsupialisation du kyste.

L'ablation par voie vaginale est-elle préférable ? Il ne semble pas, à moins que, comme dans notre observation personnelle n° I, cette voie permette un accès facile sur un kyste bas situé. Mais, en général, avec le choix de ce procédé opératoire, on court également de gros risques, car on sait encore moins que jamais ce qu'on fait, puisque la nouvelle topographie du pelvis, depuis l'hystérectomie antérieure, est totalement inconnue. Tant qu'à faire, si on veut éviter la

voie haute (kyste très petit, mauvais état général, obésité, soupçons de couvercles d'adhérences bouchant le pelvis, etc...) on se contentera, en règle générale de la colpotomie au trocart ou aux ciseaux. On court une chance sérieuse d'obtenir enfin la disparition complète du kyste.

Quant à l'emploi du radium ou des rayons X..., il est actuellement impossible de se prononcer. Dans deux cas de PELLANDE, un kyste apparut un an après la castration totale. On pratiqua une ponction vaginale, et six mois après se développa une nouvelle collection. « Dans ces cas, une application de radium vaginale, dans l'autre, une séance de rayons X..., toutes deux pratiquées dans le but d'entraîner l'atrophie des débris ovariens coupables, ont été suivies de succès : disparition des douleurs, résorption de la masse kystique, apparition de phénomènes d'insuffisance ovarienne. »

Dans un cas, CHALIER fit une colpotomie latérale et introduisit, grâce au dilatateur gouttière de LAROYENNE, dans le ligament large, deux tubes de 25 milligrammes de radium, qu'il laissa deux jours. Dans un second cas, il fit pratiquer des séances de radiothérapie.

Les résultats étaient encore inconnus au moment où CHALIER fit sa communication ; mais à cette même séance de la Société de Chirurgie de Lyon, COTTE a élevé un doute sur l'efficacité de cette thérapeutique par les radiations. « A propos, dit-il, du traitement de ces formations kystiques par la radiothérapie, je crois qu'il n'y a pas trop à compter sur les bons effets

des agents physiques en pareil cas. Dans deux cas de kystes récidivants consécutifs à des hystérectomies subtotaux avec conservation d'un ovaire où il y eut récurrence de formations kystiques dans l'ovaire laissé en place, la radiothérapie faite d'une façon minutieuse et prolongée ne suffit pas à faire disparaître les douleurs, et il fallut recourir à l'intervention sanglante. »

Deux cas négatifs ne suffisent pas évidemment pour conclure. La question est à l'étude. De toutes façons, il faut agir avec prudence, car il est possible que des applications intempestives de radium sur une tumeur kystique purement inflammatoire englobée dans des adhérences pelviennes, réveille une infection latente et aggrave le processus de péritonite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé HAMANT)

Laparotomie itérative après hystérectomie totale pour salpingite bilatérale : ablation d'une masse kystique. Quelques mois après, nouvelle intervention vaginale : clivage du kyste. Guérison.

M^{me} L..., 32 ans, fut opérée par un chirurgien qualifié de la région pour salpingite bilatérale. Il fit une hystérectomie totale. Quelques mois après, la malade ressentit des douleurs dans le flanc droit ; elle patienta tout d'abord puis se soumit à un examen qui décéla l'existence d'une masse dans le flanc droit.

Le chirurgien crut à une dégénérescence kystique d'un fragment d'ovaire bien qu'il croyait pouvoir certifier avoir tout enlevé.

Il fut pratiqué alors une nouvelle laparotomie au cours de laquelle il fut enlevé avec grande difficulté une masse kystique sur laquelle je n'ai pu obtenir aucun détail précis. La paroi fut fermée avec pose d'un Mickulicz. Plusieurs mois se passèrent sans que rien d'anormal ne fut remarqué ; toutefois la malade n'avait cessé de se plaindre de douleurs parfois exacerbées, donnant même la sensation de lancées plus ou moins pénibles dans le côté droit.

Je vis alors la malade et constatai l'existence d'une masse kystique du volume d'une belle noix verte.

Cette masse était surtout vaginale et me sembla pouvoir seulement être traitée par cette voie.

Après préparation de la région, je sectionnai la muqueuse et tombai sur une masse kystique que je clivai avec assez de difficulté sur la moitié de sa périphérie. Puis, en raison

d'un suintement sanguin assez notable, des difficultés résultant de la zone opératoire, j'éversai franchement le kyste, réséquai la moitié inférieure de la masse et suturai aussi exactement que possible cette zone luisante, nacrée, à la paroi vaginale après curettage et attouchement à la teinture d'iode de la zone abandonnée.

Tamponnement.

Tout se passa normalement, les mèches furent enlevées après trois jours et une injection au sérum chaud fut donnée matin et soir.

Après une douzaine de jours, il ne subsistait qu'une petite zone cicatricelle.

La malade restait chez elle apparemment guérie. J'ai appris par la suite, qu'à deux ou trois reprises, cette femme avait ressenti pendant plusieurs jours des douleurs plus ou moins vives mais qu'actuellement elle était tout à fait bien portante et ne se plaignait plus de rien.

Il lui avait été fait, entre temps, 3, 4 séances de radiothérapie dont je ne sais ni la durée ni les doses.

L'examen histologique de la pièce fut fait par le Pr agrégé CORNIL le 15 septembre 1924. En voici le résultat :

L'examen histologique du fragment prélevé entre la paroi vaginale et la cavité kystique montre, en allant de la périphérie vers la profondeur successivement :

1° Un fragment de l'épithélium de la muqueuse vaginale sans modification appréciable.

2° Sous-jacent à cet épithélium, un tissu fibromateux typique, très riche en vaisseaux : artérioles, veines et surtout lymphatiques. Sur l'une de ces coupes, on peut suivre les lymphatiques qui apparaissent coupés transversalement irrégulièrement dilatés au voisinage de la périphérie et dont la lumière augmente considérablement de volume au fur et à mesure que l'on s'approche de la cavité kystique.

3° La paroi du kyste est irrégulière, communiquant par place avec les dilatations lymphatiques ci-dessus signalées établissant par leur continuité l'origine de cette cavité.

CONCLUSION. — Il s'agit de kyste lymphangiomateux qu'on peut rattacher au type décrit classiquement sous le nom de « lymphangioma cystoïdes ».

OBSERVATION II

(Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé HAMANT.)

Laparotomie itérative (après hystérectomie totale pour salpingite suppurée) pour masse kystique sous-péritonéale. Clivage. Péritonisation Guérison.

M^{me} C..., âgée de 35 ans fut opérée dans le midi, pour salpingite suppurée bilatérale. Hystérectomie totale.

Trois mois après cette intervention, au cours d'un séjour dans l'Est, la malade se plaignit de douleurs dans le flanc gauche, douleurs qui allèrent en s'accroissant progressivement.

Un séjour à Luxeuil fut conseillé. Les bains amenèrent une sédation des douleurs, en même temps que la masse que l'on percevait à gauche diminuait.

Deux mois après la fin de la saison, tout avait repris l'aspect primitif et la malade réclamait une intervention.

Par voie abdominale, on découvre après laparotomie une masse kystique sans péritonéale, du volume du poing.

La masse fut clivée avec beaucoup de difficultés et contenait un liquide clair, opalescent. Péritonisation assez difficile mais suffisant pour permettre fermeture sans drainage.

Les suites furent normales ; la malade ne souffre plus.

OBSERVATION III

(Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé HAMANT)

Ponction vaginale d'un kyste survenu après une hystérectomie totale pour salpingite suppurée.

M^{me} H..., âgée de 39 ans, subit il y a 2 ans, une hystérectomie totale pour salpingite et kystes dermoïdes suppurés et adhérents (Issue de pus par le rectum quelques mois auparavant).

Les suites auraient été normales et les douleurs n'apparaissent que 5, 6 semaines après l'intervention.

La malade revint à Nancy où j'eus l'occasion de la voir 3 mois après son opération. On percevait dans le cul-de-sac droit une masse tendue, non douloureuse au contact mais étant parfois le siège de douleurs spontanées très vives.

Ayant déjà eu l'occasion de traiter deux cas semblables, je ponctionnai par le vagin et fis un lavage à l'eau iodée. Les douleurs furent assez vives pendant quelques jours puis tout rentra dans l'ordre petit à petit et la malade, revu, à plusieurs reprises, ne souffre plus. Le liquide était claire légèrement ambré

OBSERVATION IV

(J. L. FAURE)

Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale subtotale. Ponction et marsupialisation d'un énorme kyste sanguin consécutif. Guérison.

Malade âgée de 38 ans, couturière, réglée à l'âge de 15 ans, n'ayant jamais eu d'accouchement ni de fausse-couche. Un mois après l'instauration menstruelle, les règles disparaissent pendant huit mois et la malade accuse alors du gonflement abdominal et des pertes leucorrhéïques ; elle entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. RICHELLOT, où elle est mise en observation pendant quelques jours ; puis elle quitte le service bien rétablie. (On n'a aucun renseignement sur le traitement suivi pendant son séjour à l'hôpital).

Les règles disparues pendant huit mois réapparaissent régulières ; indolores, abondantes durant 7 et 8 jours, pendant 18 ans

Au mois d'avril 1906, la malade présente de nouveau un arrêt des règles s'accompagnant de gonflement abdominal ; elle entre dans le service de M. J. L. FAURE qui pratique une hystérectomie abdominale subtotale, pour kyste séreux-

intra-ligamentaire, avec ablation bilatérale des annexes. A la suite de cette opération, les règles ne réapparaissent plus bien entendu ; mais la malade, à l'époque correspondante de celles-ci, ressent différents maux : étouffements, douleurs du ventre et des reins, congestion de la face, cet état durait 3 à 4 jours, puis tout rentrait dans l'ordre.

Quatre mois après l'hystérectomie abdominale, en juillet 1906, la malade voit son ventre augmenter de volume ; principalement du côté droit. Elle entre à nouveau dans le service de M. J. L. FAURE le 17 juillet 1907. Ce chirurgien pratique une laparotomie itérative et se trouve en présence d'un énorme kyste ayant le volume d'une tête d'adulte ; en raison des adhérences, il fait une ponction qui donne lieu à un écoulement d'un litre de sérosité sanguinolente.

La dissection de la poche étant impossible, M. FAURE en fait la marsupialisation et draine la cavité avec un Mickulicz et un drain de caoutchouc. A l'exploration du ventre, il voit un morceau d'ovaire greffé sur un pédicule utéro-ovarien.

OBSERVATION V

(L. DARTIGUES)

Laparotomie itérative pour trois kystes sanguins volumineux consécutifs à une hystérectomie abdominale antérieure : extirpation des poches kystiques. Guérison.

Une malade âgée de 31 ans, atteinte de lésions annexielles aiguës d'origine gonococcique probable, il y a cinq ans, est opérée d'urgence (la malade avait 40° de fièvre) d'une colpotomie postérieure, qui reste blanche et n'évacue pas de pus.

Le professeur JEANNEL, de Toulouse, est appelé immédiatement après cette première intervention, il soumet la malade au repos et au traitement antiphlogistique pendant une quinzaine de jours, et pratique alors quand la tempé-

rature est à peu près revenue à la normale, l'hystérectomie abdominale totale. Cette laparotomie, fort laborieuse, fut surtout évacuatrice des abcès pelviens. Le chirurgien se contenta d'enlever l'utérus et de drainer largement, en laissant une partie des annexes adhérents dont l'extirpation totale eût pu être périlleuse. Le malade guérit fort bien.

Depuis cette époque, c'est-à-dire il y a cinq ans, la malade n'a eu aucune espèce de pertes, ni blanches, ni hémorragiques, mais, chose intéressante, à l'époque correspondante aux anciennes règles, elle éprouvait des coliques assez violentes dans tout le bas-ventre et des douleurs marquées, bien localisées du côté gauche de l'hypogastre, et sans irradiations. Ce syndrome douloureux périodique durait environ 6 à 8 jours après quoi tout rentrait dans l'ordre. Il y a un an la malade a eu, sous l'influence d'une fatigue, une véritable crise, marquée par des douleurs très vives, toujours dans le côté gauche, si vives que la malade ne pouvait marcher et a dû s'aliter pendant un mois. Durant ce temps, ni fièvre, ni vomissements. Au mois de février 1907, la malade sent son côté gauche un peu plus douloureux que d'habitude, il lui semble que son abdomen augmente légèrement de volume ; elle ne maigrit pas cependant notablement, il n'y a pas de perte d'appétit.

C'est alors que M. DATRIGUES voit la malade. L'examen physique fait nettement sentir par la simple palpation une tumeur kystique du volume de deux poings environ, faisant saillie au niveau de l'ombilic. Le toucher vaginal fait également percevoir un empâtement demi-rénitent dans le cul-de-sac de Douglas et au niveau de la base du ligament large droit.

Le 10 mars 1907, la malade est opérée dans une maison de santé par M. DARTIGUES. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une nappe épiploïque très dense, adhérente de partout, doublant et se collant à lui, tout le péritoine pariétal. Ce n'est qu'au prix de difficultés extrêmes, qu'on arrive à se frayer un chemin au milieu d'adhérences épiploïques et intestinales inouïes, et ce n'est qu'après avoir disséqué l'intestin qu'on parvint à dégager un kyste gros comme les deux poings, rempli de sérosité sanguine, et dont la paroi faisait

intimement corps avec toutes les parties avoisinantes ; mais au moment où l'on pense l'avoir tout entier, il crève et laisse échapper un liquide brunâtre presque sanglant ; on enlève la poche en entier qui, en un point, était épaissie au niveau de ce qui avait pu être un débris de l'ovaire gauche.

On trouve ensuite un deuxième kyste du volume d'une mandarine, dont les parois sont d'une minceur extrême, pelliculaire.

Ce kyste, malgré la ténuité de sa paroi n'a pas été crevé, il ne présente aucune espèce de pédicule, on l'a eu pour ainsi dire par énucléation du ligament large gauche dans lequel il se trouvait inclus.

Plus loin et à droite, toujours en dégageant l'intestin intimement adhérent, on trouve un hydrosalpinx, gros comme l'intestin grêle un peu dilaté, on l'enlève.

Enfin, tout au fond du Douglas et développé aussi en partie dans le ligament large droit, on tombe sur un kyste gros comme une orange, à contenu également séro-sanguinolent qu'on crève et dont on extirpe toute la poche par dissection.

On fortifie par de petits surjets au catgut l'intestin fortement dénudé en plusieurs endroits, et on draine au moyen d'un tube en caoutchouc et de quatre mèches qui ressortent par l'abdomen.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut. Guérison sans incidents dans les délais normaux.

Les kystes renfermaient tous trois de la sérosité sanguinolente et même des petits caillots noirâtres semblables à du raisiné.

OBSERVATION VI

(M. HALLER)

Laparotomie pour un kyste pelvien après hystérectomie abdominale subtotale. Extirpation. Fibromyome de l'ovaire. Guérison.

M^{me} L..., âgée de 23 ans a été opérée à l'âge de 20 ans, en Hollande, d'une appendicite et d'une annexite droite.

Je l'ai vue pour la première fois en juillet 1922 pour une métrite et très légère annexite gauche (cul-de-sac gauche sensible, pas de tumeur perceptible). J'ai conseillé un traitement médical, que la malade a suivi pendant deux mois, et une amélioration sensible s'en est suivie : disparition des pertes et des douleurs abdominales, disparition de la sensibilité du cul-de-sac gauche au toucher... Mais, en janvier 1923, elle fit une rechute, cette fois avec fièvre, la température oscillant entre 37°,5 et 38°,5 et présence dans le cul-de-sac latéral gauche d'une masse kystique ayant le volume d'une orange. Le repos au lit, la glace sur le ventre ont fait tomber la fièvre, mais les douleurs spontanées dans le bas-ventre persistaient toujours. De plus, au toucher, on sentait toujours la masse kystique ayant le même volume que lors du premier examen et très douloureuse. Après quatre semaines, aucune amélioration ne s'étant produite, une intervention fut décidée.

Opération le 2 février 1923 (maison de santé à Neuilly-Saint-Pierre.) Anesthésie à l'éther. Appareil d'Ombredanne. Laparotomie médiane ombilico-pubienne (Lors de la première intervention, elle avait eu un Pfannenstiell). Je note la présence d'un hydrosalpinx, du volume d'une grosse orange adhérent au péritoine pariétal gauche, à l'S iliaque et auquel vient adhérer l'épiploon. De plus, la corne vésicale droite adhère à l'utérus au niveau du ligament rond droit.

Libération de la corne vésicale droite. Libération de l'épiploon. Libération de l'S iliaque. Hystérectomie subtotale, américaine, de droite à gauche, libération de l'hydrosalpinx d'avec la paroi du bassin, de bas en haut et de dedans en dehors. Hemostase. Bonne péritonisation. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

L'examen des pièces a montré une poche kystique, formée par les annexes gauches (trompe et ovaire) à contenu liquide jaune citron. Rien de spécial à noter du côté de l'utérus. Il n'a pas été fait d'examen histologique.

Les suites opératoires ont été parfaites, apyrétiques. La malade a quitté la maison de santé le 15 janvier.

J'ai revu la malade en parfait état local et général en juin 1923. Elle venait me consulter le 2 juin 1923 au sujet d'un

kyste synovial, de la grosseur d'une petite noisette, qui s'était développé dans la gaine des fléchisseurs du médius droit, au-devant de la tête du 3^e métacarpien. Ce kyste s'était développé depuis une quinzaine de jours environ, grossissant et devenant douloureux lors des mouvements de flexion du médius. Il était douloureux à la pression directe.

L'examen abdominal fait à cette occasion m'a montré le parfait état du côté bassin. Au toucher, un moignon de col souple, mobile, non douloureux, avec des culs-de-sac souples non douloureux, aucune perte.

Je fis à l'anesthésie locale, l'ablation du kyste synovial de la gaine du fléchisseur, le 6 juin 1923.

Au mois d'octobre 1923, la malade revient me consulter et se plaint de souffrir dans le bas-ventre, et principalement à gauche, depuis un mois environ ; elle fait tous les soirs une légère ascension thermique, 37^o,8, et même à deux ou trois reprises 38^o. De plus, elle est constipée, et a peut-être fait un abus de lavements.

Au toucher, je note l'existence d'une petite masse ayant le volume d'une noix environ, dans le cul-de-sac latéral gauche, mais coiffant également la moitié gauche du col, masse très douloureuse au toucher, donnant la sensation d'un hématome. Aucune perte vaginale.

Un repos au lit, de 15 jours, avec des injections chaudes et des lavements chauds, a fait diminuer de 3/4 environ cette masse, comme j'ai pu m'en rendre compte lors de l'examen que j'ai pratiqué le 22 octobre. Il persiste une petite noisette, à peine sensible et à gauche du moignon.

La malade se porte très bien, ne se plaint plus de rien, mène une vie normale très active, voyageant beaucoup (auto), jusqu'en juin 1924. Elle commence de nouveau à souffrir du bas-ventre à ce moment, avec des poussées sub-fébriles, le soir, et revient me voir le 20 juin 1924.

Lors de l'examen pratiqué ce jour, je note au toucher l'existence d'une masse tendue, douloureuse, de consistance kystique, ayant le volume d'un citron environ, occupant le cul-de-sac latéral gauche contre le moignon et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope. Une nouvelle intervention est alors décidée.

Deuxième opération le 22 juin 1923.

Anesthésie générale au Schleich. Laparatomie médiane ombilico-pelvienne. Il existe dans le ligament large gauche reconstitué par suture des péritoines antérieur et postérieur de ce ligament lors de l'opération de l'année dernière, un kyste ayant les dimensions d'un citron environ, poche tendue à laquelle vient adhérer d'une part l'epiploon, d'autre part l'S iliaque.

Libération de l'epiploon d'abord : 2 ligatures. Libération ensuite de l'S iliaque, en trouvant le plan de clivage entre l'S iliaque et la face postérieure de la poche kystique recouverte du péritoine postérieur du ligament large. Une des franges épiploïques de l'S iliaque adhère au moignon du col. Section et ligature.

Ces adhérences une fois libérées, on se rend mieux compte de la situation intra-ligamentaire du kyste.

Incision du péritoine antérieur du ligament large, qu'on décolle loin en isolant ainsi la paroi antérieure du kyste. Incision du péritoine postérieur du ligament large, qu'on attire en dedans. Recherche de l'uretère gauche ; celui-ci découvert, on le suit de haut en bas, en séparant sous le contrôle de la vue, le kyste qui lui adhérerait assez intimement. La séparation étant ainsi complète, le kyste est extirpé. Une seule ligature a été nécessitée par une hémorragie légère au niveau des adhérences postero-internes para urétérales. Reconstitution du ligament large par suture des péritoines antérieur et postérieur. Fermeture de la paroi sans drainage. L'examen histologique fait par mon ami ROUFFIAC a répondu : ovaire, fibromyome de l'ovaire.

« A côté de follicules ovariens à différents degrés de développement et de corps jaunes plus ou moins âgés, il existe une masse formée de faisceaux musculaires lisses orientés en tous sens, séparés par du tissu conjonctif mais avec une très grosse prédominance de tissu musculaire. Infiltration inflammatoire provenant des travées entre les faisceaux. En aucun point, il n'existe de mitose, ni de noyaux irréguliers pouvant faire penser à un myosarcome. »

OBSERVATION VII

(M. SÉJOURNET.)

Laparatomie itérative pour un kyste pelvien (après hystérectomie abdominale subtotale pour pyosalpinx). Extirpation. Guérison.

Une malade de 34 ans entre dans le service de mon maître, M. le professeur LEJARS. Elle a subi, il y a quelques années, une laparotomie dont elle ne connaît pas le détail protocolaire. Elle souffre du ventre continuellement. Ses règles sont irrégulières et peu abondantes. A l'examen : l'utérus est fixé contre la paroi abdominale antérieure. Les culs-de-sac sont douloureux. On ne décèle pas de lésions annexielles très importantes. Néanmoins, l'état douloureux justifie l'intervention.

Opération : août 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : Utérus en antéflexion, retenu par les ligaments ronds raccourcis. A droite, je trouve : un fragment d'ovaire et un reliquat de trompe qui est oblitéré.

A gauche : hydrosalpinx, développé dans un moignon de trompe. Il n'existe pas de trace de l'ovaire de ce côté.

Adhérences épiploïques et intestinales : méso-iliaque. Je pratique l'hystérectomie abdominale sub-totale. Les suites opératoires ont été très simples, sans élévation de température.

Trois mois après cette intervention, la malade vient à nouveau me consulter. Elle souffre encore du côté gauche. De fait, je trouve dans le cul-de-sac gauche une tumeur rénitente, sensible à la palpation, du volume d'une mandarine.

Après avoir mis la malade au repos, sans obtenir de modification notable dans l'état local, je me décide à réintervenir.

Deuxième opération : novembre 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Je trouve en arrière de la ligne de suture du ligament large gauche une production kystique, du volume d'une petite orange. Ce kyste est

adhérent à l'S iliaque. Il se laisse cliver facilement de l'intestin et du péritoine. Il m'est possible de l'extirper en bloc, sans déchirer sa paroi.

Les suites opératoires n'ont été marquées par aucun incident.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — La tumeur est constituée par une poche kystique à paroi mince et transparente. Elle contient un liquide clair, eau de roche. La paroi interne de la poche est absolument lisse.

Histologiquement : la paroi est constituée par une mince couche de tissu conjonctif, doublé de cellules épithélioïdes, plates, sans caractère particulier.

OBSERVATION VIII

(par M. J. LANOS)

Laparotomie itérative pour un kyste pelvien d'origine ovarienne, développé après une hystérectomie pour péritonite aiguë. Extirpation. Guérison.

M^{me} V..., 36 ans, 3 enfants.

Le dernier accouchement, qui remonte à 3 ans et demi, a été suivi d'une hémorragie de la délivrance et d'une infection (à 39°) qui nécessita l'incision, au-dessus de l'arcade crurale droite, d'un gros abcès.

Au bout de 3 mois, tout était rentré dans l'ordre et, pendant 2 années environ, la malade n'éprouva aucun trouble.

Brusquement, en février 1924, surviennent des phénomènes alarmants pour lesquels la malade entre d'urgence à l'hôpital St-Joseph. Le tableau clinique est celui d'une péritonite aiguë ; l'opération est aussitôt décidée et pratiquée par M. HUGUIER.

Première opération : Laparotomie médiane.

Il s'agit bien d'une péritonite généralisée d'origine anexielle (double pyosalpinx).

Hystérectomie totale, difficile. Drainage vaginal. Drainage abdominal avec un sac à la Mickulicz.

L'état général qui était très inquiétant, s'améliore rapidement, mais une fistule recto-vaginale s'établit, et, le 12^e jour, à l'extraction du sac, une autre fistule intestinale au niveau de la cicatrice.

L'état du péritoine et de l'intestin au moment de l'opération explique la formation de ces fistules dont on espère qu'elles se fermeront spontanément, comme cela arrive très souvent. La malade sort de l'hôpital deux mois après l'opération...

En juillet 1924, la malade revient dans le service parce que depuis un mois, elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite et qu'elle a de la fièvre. Elle est vue alors par notre collègue LAURENCE. L'examen montre dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse qu'on sent aussi par le toucher vaginal. La fistule recto-vaginale continue à donner. Dans ces conditions, M. Ripert, interne du service, ouvre par une incision au bord externe du grand droit un assez gros abcès abdominal pelvien dont le pus n'a pas été examiné.

Un mois après, tout est rentré dans l'ordre. En février 1925, je revois la malade. Les deux fistules (vaginale et pariétale) laissent toujours passer des gaz et un peu de matières. De plus, on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur arrondie, rénitente — non douloureuse — du volume d'une grosse orange, tumeur dont le pôle inférieur est facilement senti par le toucher vaginal.

26 février 1925. — 2^e opération. Rachi-anesthésie (0,10 de néocaïne Corbière.

Je me propose :

1^o D'enlever le kyste.

2^o De fermer les fistules.

Laparotomie médiane avec incision de la cicatrice et de la fistule. L'anse grêle fistulisée à la paroi abdominale antérieure adhère fortement. Je la libère et je l'enveloppe dans une compresse mouillée de sérum, pour la revoir à la fin.

J'essaie alors d'isoler le kyste, sur lequel une autre anse grêle est fixée : il faut se servir du bistouri pour les séparer.

J'arrive à cliver et à enlever le kyste dont la paroi mince

dans son ensemble, avec quelques épaissements, laisse voir un liquide clair.

Ensuite, lorsque je veux séparer le rectum du vagin, je fais une déchirure du rectum autour de la fistule : cette déchirure est enfouie sous un triple surget au catgut.

Enfin, je reviens à l'anse grêle qui adhérait à la paroi antérieure : cette anse est éraillée et contournée sur elle-même de telle façon que je me décide à la réséquer. La résection porte sur 20 centimètres environ. Suture terminale au catgut.

L'opération terminée, comme la loge du kyste suinte en nappe, je me décide, malgré le voisinage des sutures à placer un tamponnement à l'aide d'un sac à la Mickuliez. Durée de l'opération : trois quarts d'heure. Suite opératoires normales.

L'examen histologique a été pratiqué par le Dr LORRAIN. Je transcris sa réponse ; « Kyste de l'ovaire. Ovaire reconnaissable, sclérokyستique. »

OBSERVATION IX

(Paul GILLET)

Dégénérescence kystique itérative après castration totale. Extirpation. Guérison.

M^{me} C... fait, en 1904, à 30 ans, une fausse couche. En 1908, une salpingite nécessita une colpotomie qui donne issue à un demi-litre de pus. En octobre 1916, à la suite d'une dilatation aux bougies d'Hegar, aux fins de fécondation, accidents inflammatoires pelviens et incision au-dessus de l'arcade, d'une volumineuse collection intra-péritonéale.

En janvier 1918, en raison de douleurs pelviennes continues, laparatomie : l'utérus est conservé, ainsi que les ovaires. En juin 1920, après un calme relatif d'un an, les accidents douloureux du petit bassin nécessitent une seconde laparatomie. Des adhérences extrêmement serrées remplissent

le Douglas. On fait une hystérectomie subtotale, avec castration et fente de drainage postérieure du col. La malade engraisse de 10 kilogr. les douleurs disparaissent complètement pendant douze mois. En juillet 1921, commence à se développer dans le Douglas, latéralement, une masse kystique, tendue, douloureuse, qui va grandir lentement, sans à-coups périodiques, et atteindra, en octobre 1923, le volume de deux poings. A l'intervention, le 8 novembre 1923, on découvre un kyste fortement entouré d'adhérences épiploïques et intestinales. Ce kyste, sphéroïdal, un peu aplati, tendu, très élastique, à paroi épaisse, résistante, à contenu séreux foncé, adhère fortement au plancher pelvien. On le dissèque avec beaucoup de difficultés. Le col est enlevé. On termine par une péritonisation haute. La malade se rétablit fort bien.

OBSERVATION X

(Paul GILLET)

Dégénérescence kystique itérative de débris oviaires après castration totale

M^{me} T... est opérée en 1915, à l'âge de 34 ans, par le Professeur agrégé PATEL, pour des accidents annexiels d'une dizaine d'années. On pratique une kystérectomie totale (l'utérus était fibromateux), et les deux annexes kystiques sont enlevées. Pendant trois ans, l'opérée va bien : elle ne souffre pas ; elle n'a ni les bouffées de chaleur ni les troubles subjectifs de la castration.

En 1918, des douleurs réapparaissent dans le petit bassin, avec irradiation aux lombes, aux membres inférieurs et à la vessie. Le toucher montre une masse kystique dans le Douglas, déjetée à gauche, fixée au vagin, adhérente à la cicatrice, un peu allongée, transversalement et aplatie, tendue et du volume d'une orange. Laparotomie le 24 juin 1919 (D^r PEL-LANDA). Le bassin est occupé par l'épiploon fortement adhé-

rent et l'S iliaque soudé au pelvis d'une façon inextricable. Par l'abdomen, on sent très mal la collection.

Des tentatives de décollement paraissent dangereuses. On referme et, par le vagin, on ouvre prudemment aux ciseaux la masse kystique. Il s'écoule environ un tiers de litre de sérosité foncée, mêlée de quelques caillots fibrineux. On bourre à la gaze iodoformée ; la dernière mèche n'est retirée qu'au bout de quinze jours. Les douleurs disparaissent

En 1920, réapparition d'une nouvelle masse kystique plus petite (mandarine), avec renouveau de douleurs. Nouvelle ponction vaginale et nouveau drainage prolongé. Tout est rentré dans l'ordre depuis. La malade, revue en avril, n'a plus souffert. Le toucher révèle une souplesse un peu moins grande du côté ponctionné, mais, fait caractéristique, des bouffées de chaleur sont apparues peu après la seconde ponction comme si les débris ovariens demeurés vivaces jusque là s'étaient enfin, et définitivement atrophies.

OBSERVATION XI

(Paul GILLET)

M^{me} G... est opérée en décembre 1919 (D^r PELLANDA), à l'âge de 30 ans, pour un kyste de l'ovaire gauche, intra-ligamentaire, du volume d'une tête fœtale, très adhérent à l'S iliaque. L'annexe droite est le siège de lésions inflammatoires anciennes. La trompe est fermée, l'ovaire très adhérent, et déformé par de multiples kystes. On pratique l'ablation des deux annexes. La malade est revue en janvier 1923. Elle a continué à être réglée irrégulièrement et douloureusement. Elle souffre du côté gauche et l'on perçoit une masse kystique du volume d'une noix accolée au flanc du col utérin, fixée dans le pelvis. La laparatomie montre un kyste ovarien de la taille d'une noix, à contenu clair, à paroi épaisse, résistante, qui fait saillie sous le péritoine pelvien, au ras du col. On le dissèque avec difficulté sans le rompre et l'on termine par

une subtotale. En juin 1923, la malade revient avec des douleurs sourdes, et l'on constate par le toucher vaginal l'existence d'une nouvelle collection enkystée plaquée contre le col et faisant dans le cul-de-sac latéral une saillie très nette. Ponction prudente aux ciseaux. Issue d'environ deux cuillerées à soupe de liquide rosé. Drainage à la gaze prolongé. Actuellement, la malade va bien. Elle ne souffre plus, mais elle a beaucoup grossi, des bouffées de chaleur se montrent intenses, l'appétit sexuel a disparu, tous phénomènes qui ont succédé de très près à la ponction vaginale.

OBSERVATION XII

(M. CHALIER).

Laparatomie itérative (après castration totale pour pyosalpinx d'un kyste. Extirpation. Guérison.

Femme de 39 ans qui, à la suite d'une fausse couche, présenta de volumineux pyosalpinx avec fièvre élevée.

Une première opération, faite le 8 janvier 1920, est uniquement destinée à évacuer, par colpotomie, une grosse collection pelvienne, très fétide.

La deuxième opération a lieu le 16 janvier 1920, sous rachianesthésie. Laparatomie sous-ombilicale médiane, après décollement difficile de l'épiploon, coiffant le pelvis, bonne protection du grand péritoine. On tombe sur deux volumineux pyosalpinx avec poches multiples de pelvipéritonite. Opération extrêmement laborieuse. On ne peut arriver à pratiquer l'exérèse par castration totale que grâce à l'hémisection d'un utérus, d'ailleurs dur et gros. Il persiste un petit débris de la poche dans le fond du pelvis à gauche. Hystérectomie subtotale. Fente vertico-médiane postérieure du col, par laquelle on passe une mèche vaginale. Péritonisation satisfaisante à deux plans, y compris l'S iliaque. Fermeture complète de la paroi abdominale sans drainage.

Suites simples, après légère suppuration de la paroi.

20 mars 1920. — Excellent état général. A engraisé de plusieurs kilos. Quelques bouffées de chaleur tous les jours. Dans le cul-de-sac vaginal gauche, on sent un petit empatement, que l'on considère comme correspondant aux débris de l'ancienne poche.

26 janvier 1921. — Il persiste une induration dans le ligament large gauche.

14 janvier 1924. — Se plaint de douleurs dans le bas-ventre ; col normal ; tuméfaction kystique gauche du volume d'une petite orange. Constipation persistante depuis la castration.

31 janvier 1924. — Opération sous rachianesthésie. Laparotomie médiane. Excision de la cicatrice de la laparotomie de 1920. Nombreuses adhérences de l'épiploon à la paroi antérieure et à la partie gauche du pelvis. Libération puis résection d'une partie de cet épiploon. Découverte facile d'une poche kystique gauche, très adhérente, mais cependant clivable. Extirpation facile. On croirait avoir affaire à un hydrosalpinx, du volume du poing. On termine par l'appendicectomie, et on referme à trois plans. Guérison complète en 12 jours.

OBSERVATION XIII

(M. CHALIER)

Laparotomie itérative (après castration totale pour pyosalpinx) d'un kyste hématique. Extirpation. Guérison.

M^{me} Ch..., 28 ans, rentre à l'Hôtel-Dieu le 17 janvier 1921 pour un pyosalpinx double ouvert dans le rectum.

22 janvier 1921. — Opération sous rachianesthésie. Incision de Pfannensteil. On découvre deux pyosalpinx postérieurs très adhérents, le gauche beaucoup plus volumineux que le droit. Libération laborieuse d'avec les parois pelviennes et

surtout d'avec le rectum, auquel on laisse adhérer un petit fragment de la poche, sans apercevoir de perforation intestinale. Castration totale par hystérectomie sus-vaginale. Drainage du Douglas au moyen d'une mèche qui passe dans le vagin à la faveur d'une fente vertico-médiane postérieure du col. Péritonisation complète du ventre, à quatre plans, sans drainage de la paroi.

Suites simples. Mais, à l'ablation de la mèche, le sixième jour, il se produit une fistule vagino-rectale haute. Pendant plusieurs jours, la totalité des matières a passé par le vagin. Peu à peu, la fistule s'est rétrécie, donnant une issue de matières de moins en moins abondante ; néanmoins, deux mois après l'opération, les gaz s'échappaient encore par le vagin. Au bout du troisième mois, la fistule était complètement oblitérée.

6 décembre 1922. — La malade va très bien, a engraisé de 15 kilogs. N'a eu des bouffées de chaleur que pendant quinze jours. Sensations génitales à demi-éteintes.

La malade vient me trouver à nouveau au début de 1924, accusant, depuis un mois, des douleurs assez sourdes, mais pénibles dans le bas-ventre et souffrant au coït. Grosses difficultés pour aller à la selle. Petite éventration médiane au milieu du Pfannenstiël. Au toucher combiné au palper, on sent très nettement une masse kystique, rénitente, du volume d'une petite orange, plaquée dans le cul-de-sac latéral gauche, contre la paroi pelvienne ; cette palpation est douloureuse.

1^{er} mars 1924. — Opération sous rachianesthésie. Incision de Pfannenstiël sur l'ancienne cicatrice. On tombe d'abord, sur une éventration sous-cutanée, médiane, entre les deux droits, du volume d'un petit œuf de poule ; le sac est irrégulier, avec de très nombreux recessus et un collet gros comme le pouce ; à l'intérieur, une épiplocèle adhérente ; résection de l'épiploon inclus et du sac, Dans le ventre deux ou trois adhérences épiploïques qu'on sectionne.

L'S iliaque est tellement lipomateux qu'on a peine à le reconnaître. Il recouvre, à gauche, la masse kystique que la main pelvienne sent au travers de l'S iliaque. Réclinaison lente, après dissection, du côlon pelvien. La masse occupe la région du ligament large gauche et remonte jusqu'au voi-

sinage du ligament infundibulo-pelvien ; sa coloration est brunâtre ; elle se clive facilement d'avec l'S iliaque mais, sur le plancher pelvien, elle tient très solidement et se rompt pendant les manœuvres de libération ; il s'écoule environ 60 grammes de liquide hématique. La paroi a la minceur d'un kyste ovarique ordinaire ; elle est enlevée en totalité ; sa surface intérieure est plus lisse que sa surface extérieure. Ce kyste adhérerait sans doute intimement à la fin du côlon pelvien, car, à ce niveau, on a l'impression d'avoir fait à l'intestin une déchirure des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, à moins que ce ne soit là la trace de l'ancienne perforation rectale. Quoiqu'il en soit, on suture cette plaie intestinale à points séparés et on capitonne par dessus avec des fragments épiploïques voisins et avec la meso-sigmoïde. Fermeture complète de la paroi à quatre pans, sans drainage.

Guérison rapide, sans la moindre complication pariétale ou rectale.

OBSERVATION XIV

(M. CHALIER)

Laparatomie itérative (après castration totale pour annexite) pour une poche multiloculaire Clivage et extirpation. Guérison.

M^{me} Val..., 31 ans, m'est présentée le 17 mai 1921 avec une annexite bilatérale, volumineuse, basse et fixée à gauche, haute et plaquée contre l'utérus à droite.

18 mai 1921.— Opération sous rachianesthésie. Laparatomie médiane. Castration double par hystérectomie subtotal. A droite, pyosalpinx très adhérent au grand épiploon et à une anse grêle : extirpation facile après libération de l'intestin et section de l'épiploon. A gauche, pyosalpinx profond, adhérent au rectum, impossible à enlever complètement. Drainage du pelvis au moyen d'une mèche passée dans le vagin à la faveur d'une fente vertico-médiane postérieure du col. Périto-

nisation haute, soigneuse, avec l'S iliaque distendu. Fermeture sans drainage, à trois plans, de la paroi.

Cicatrisation per primam. Sort guérie le 2 avril 1921. Dès le 15 avril, on perçoit une petite induration dans la base du cul-de-sac vaginal gauche.

12 octobre 1921. — La malade a pris régulièrement de l'ovarine et n'a eu ni sueurs ni bouffées de chaleur. A pris de l'embonpoint. Depuis deux mois, la malade accuse des pertes blanches presque aussi abondantes qu'avant son opération. Col entr'ouvert et rouge, avec un peu d'induration dans la base du ligament large gauche.

8 mars 1922. — Se plaint de douleurs pelviennes depuis une quinzaine de jours. On constate une grosse périmérite cervicale, postérieure et gauche, traitée par des tamponnements glycélinés.

L'année 1923 se passe sans que je voie la malade. Elle revient le 2 janvier 1924, ayant souffert beaucoup du côté gauche du bas-ventre et ayant été obligée de s'aliter, avec un peu de fièvre (38°). Le toucher fait sentir, à gauche du col, une masse kystique, rénitente, douloureuse à la pression, du volume du poing.

9 janvier 1924. — Opération sous rachianesthésie. Laparatomie médiane. Quelques adhérences épiploïques faciles à cliver. Le pelvis, après libération de l'S iliaque qui le recouvre et est facilement libéré d'avec la vessie, est rempli par une masse polykystique d'apparence bleutée, qui occupe transversalement tout le Douglas et siège très exactement en arrière et au-dessus du moignon du col utérin. La libération est facile pour la partie droite, dont la membrane très mince, se rompt : mais la partie gauche, plus volumineuse, est plus résistante et adhère plus fortement. Néanmoins, on finit par cliver le tout et par extirper une poche multiloculaire (4 à 5 kystes environ), renfermant un liquide citrin-jaunâtre, analogue à celui des kystes ovariens.

Très mince à droite, l'enveloppe des kystes est plus épaisse à gauche, où elle atteint par places plusieurs millimètres : une petite cavité a un aspect ocreux mais rien ne rappelle, macroscopiquement du moins, le tissu ovarien. Péritonisation avec l'S iliaque. Fermeture à trois plans de l'abdomen.

Sort guérie le 22 janvier.

4 août 1924. — On sent à nouveau à gauche, un peu en arrière du col, un kyste arrondi du volume d'un petit œuf.

26 septembre 1924. — Même sensation de kyste ovoïde, plaqué contre la paroi pelyienne latérale gauche.

2 janvier 1925. — Colpotomie latérale gauche : introduction du dilatateur-gouttière de Laroyenne pour permettre l'introduction, dans le ligament large, de deux tubes de 25 milligrammes de radium engainés dans un filtre en or et placés en tandem dans un tube radium filtre en caoutchouc.

23 janvier 1925. — Ablation du radium.

OBSERVATION XV

(M. CHALIER).

Laparotomie itérative (après castration totale pour annexite), pour une tuméfaction kystique.

M^{me} Rés..., 38 ans, mariée depuis 14 ans, sans enfant ni fausse-couche.

Grosse annexite bilatérale.

9 avril 1923. — Opération sous rachianesthésie.

Laparotomie médiane. Adhérences du grand épiploon au pelvis ; libération. Grosse annexite double avec utérus un peu gros. Hystérectomie subtotale et castration double. Péritonisation basse. Fermeture complète.

Suite des plus simples au point de vue abdominal. Part le 25 avril 1923.

Revue le 18 juillet 1923 : n'a pas de bouffées de chaleur tant qu'elle prend de l'ovarine, mais se plaint de céphalées et d'un peu d'œdème des pieds. Pas d'albuminurie. Quelques pertes blanches. Un peu d'induration du ligament large gauche.

18 janvier 1924. Excellent état général, mais souffre dans le rein gauche et dans le côté gauche du bas-ventre. A présenté pendant huit à dix jours consécutifs quelques élance-

ments vers l'anus. A l'examen, on perçoit une tuméfaction kystique contre le cul-de-sac latéral gauche, tuméfaction fluctuante, du volume d'une orange

21 octobre 1924. — Depuis la dernière fois, la malade a toujours ressenti quelques lancées. Depuis huit jours, elle souffre davantage. Elle préfère être debout que couchée. Elle peut se coucher sur le côté gauche, mais pas sur le côté droit, ce qui occasionnerait des douleurs. Elle a eu quelques bouffées de chaleur vite dissipées par l'ovarine. On sent toujours la tuméfaction kystique pelvienne, située à gauche du col et plaquée contre la paroi latérale du bassin. Cette masse, grosse comme le poing, est très sensible à la pression.

23 octobre 1924. — Opération sous rachianesthésie. Laparatomie médiane. Quelques adhérences de l'épiploon à la paroi antérieure de l'abdomen et au pelvis. En réclinant fortement l'S iliaque à droite, on aperçoit très nettement, à gauche, sous le péritoine, une tuméfaction kystique du volume d'une petite orange, occupant l'angle postéro-latéral gauche du col utérin et plaqué contre la paroi pelvienne latérale. Il faut inciser le péritoine pelvien au-devant du meso-sigmoïde pour arriver sur la paroi de la poche, qui est très adhérente, non seulement au péritoine qui la recouvre, mais à l'S iliaque et à la vessie. Aussi, dans les manœuvres de libération, la poche se rompt, ce qui rend difficile et peut-être incomplète l'ablation du fond de la poche. Elle renfermait un liquide citrin avec, à la partie profonde, un petit caillot sanguin d'apparence assez récente. La poche est assez épaisse, surtout à sa partie externe, où j'ai sectionné et lié quelque chose de très semblable à un pédicule vasculaire ; à ce niveau, d'ailleurs, la coupe macroscopique ressemble à du tissu ovarien. Fermeture complète du ventre à quatre plans. Guérison en 12 jours.

15 janvier 1925. — On sent à nouveau une petite induration dans la base du ligament large gauche, vers la corne du moignon cervical. La malade est confiée au Dr MALOT pour des séances de radiothérapie.

OBSERVATION XVI

(M. GUILLOU)

Laparotomie itérative (après castration totale pour salpingite) pour un kyste du volume d'un petit œuf. Deux mois après, évacuation par voie vaginale d'une nouvelle masse kystique. Drainage avec mèche gaze iodoformée.

M^{lle} J..., âgée de 24 ans, ouvrière typographe, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 31 mars 1898 pour une suppuration pelvienne bilatérale.

Elle a eu, cinq mois auparavant, un accouchement prématuré, mais il semble que le point de départ de sa double salpingite soit postérieur, probablement blennorrhagique.

22 avril 1898. — Première opération. Débridement vaginal de deux abcès pelviens par la méthode de Laroyenne : à gauche, on ne voit s'écouler qu'une minime quantité de pus concret ; à droite, au contraire, évacuation d'une quantité de pus notable.

4 juillet. — La malade vient à la consultation dans un état satisfaisant : côté droit indolore ; il est probable, dit l'observation, que de ce côté, la trompe a été bien évacuée. A gauche tumeur annexielle moyenne, un peu douloureuse à la pression.

24 janvier 1900. — Deuxième opération, parce que, malgré un long repos, la malade a recommencé à souffrir et, cette fois, plus à droite qu'à gauche. A droite, masse du volume d'un œuf.

A la laparotomie, à gauche, on ne trouve qu'une simple adhérence du pavillon à l'ovaire et un petit kyste du pavillon. On se contente de détacher le pavillon gauche.

Du côté droit, poche tubaire garnie de petits kystes et ovaire scléro-kystique. Donc, salpingolysis à gauche et ablation annexielle à droite : opération conservatrice, car la femme n'a que 25 ans. Ventrofixation complémentaire.

17 août 1900. — Troisième opération. On revient à la voie

vaginale, alors en honneur et on fait l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes gauches.

L'ovaire n'offrait plus qu'un tissu lacéré, déchiqueté ; la trompe portait vers son milieu un petit kyste.

Période de bien-être puis retour des douleurs.

12 juillet 1901. — Quatrième opération, donc 8 mois après ; énucléation d'un kyste du volume d'un petit œuf.

Par la voie abdominale, on trouve, du côté de la première castration, donc à droite, un kyste du volume d'un petit œuf. Il est pédiculisé sur l'ancien pédicule ovarien, adhérent à la vessie et au vagin. Sa décortication complète est difficile.

Les parois de ce kyste, examinées au microscope, ne contiennent pas de tissu ovarien.

Du côté gauche, il n'y a pas de kyste, de simples adhérences.

On draine par le vagin.

9 septembre 1901. — Cinquième opération. On revient à la voie vaginale pour l'évacuation d'une formation kystique gauche. Un verre de liquide s'écoule et on draine la cavité avec une mèche de gaze iodoformée.

Nous n'avons pas insisté pendant toute cette période sur les symptômes pelviens douloureux, sur le retentissement vésical des douleurs, sur la demi-invalidité de la malade, ni sur les traitements médicaux associés. A deux reprises, la malade croit avoir eu un petit abcès qui s'est évacué sur le vagin.

Période de deux ans de bien-être et de travail. De 1904 à 1910, les phénomènes douloureux se sont atténués, avec de longues périodes d'indolence de plusieurs mois, d'un an, de deux ans même, alternant avec de petites crises douloureuses de quelques jours, qui vont elles-mêmes s'atténuant, presque toujours accompagnées de phénomènes vésicaux douloureux et, au dire de la malade, de l'apparition d'une tuméfaction kystique que la malade prétend atteindre par un toucher vaginal qu'elle se fait elle-même.

Le toucher vaginal que je pratique en 1904 et en 1909 me confirme la présence à gauche, côté douloureux, d'une induration comme un petit œuf.

Mais en 1910, je ne trouve plus aucune formation kystique.

31 janvier 1925. — J'apprends par son médecin, le D^r VERRIÈRE, que la malade, qui doit avoir une cinquantaine d'années, ne souffre plus depuis longtemps, qu'elle est mariée depuis 10 ans, mais qu'elle doit porter un pessaire.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1^o Si on en juge par le petit nombre d'observations publiées, les kystes pelviens, survenant chez la femme après castration totale, constituent une affection rare. Nous n'avons tenu compte que de 17 observations récentes, dont 3 personnelles.

2^o Le point le plus obscur, dans l'étude de ces kystes, est l'explication pathogénique. Nous avons vu qu'il fallait être éclectique et que si certaines origines étaient à peu près évidentes, d'autres n'étaient que probables, et quelques-unes même simplement possibles. Vu la pénurie d'examens anatomo pathologiques, nous ne nous sommes pas crus autorisés à éliminer d'emblée telle hypothèse non démontrée, mais rationnelle. Il faut souhaiter que dorénavant chaque intervention pour kyste post-opératoire soit accompagnée d'un examen histologique complet et probant, dans le genre de celui de l'observation de LANOS et de celui de CORNIL relaté à la fin de l'observation n^o I.

3^o La symptomatologie n'a rien de caractéristique. Le peu qu'on puisse dire, c'est qu'elle ne doit pas être calquée d'une façon systématique sur celle des cysthematomas menstruels post-opératoires étudiés par DARTIGUES.

4^o Le diagnostic se ressent de cette absence de symptômes typiques ; c'est plutôt un diagnostic de probabilité, jamais de certitude.

5^o Le traitement consistera par ordre de complexité croissante : « en une simple ponction vaginale, en une extirpation par voie vaginale si le kyste s'extériorise manifestement par le vagin et si l'opération semble devoir être facile par cette voie ; dans le cas contraire, on interviendra par laparotomie. L'opération sera d'ailleurs souvent très difficile et parfois nettement dangereuse. C'est pourquoi, dans quelques cas, certains auteurs ont essayé de tarir la cause de ces kystes par le radium. Ce mode de traitement est à l'étude ; s'il donnait de bons résultats, il serait évidemment, à cause de sa simplicité, le traitement de choix.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARTUSI. — Über die Kausale Genese der adenomyomatösen Veränderungen des weiblichen Genitalapparates. — *Archiv. für gynaekologie*, vol. 123, fasc. I, 1925.
- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée en traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes. — *Thèse*, 1894, Paris.
- BOECKEL. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1861, page 79.
- CHASSAT. — Des « cysthematomes menstruels post-opératoires ». — *Thèse* 1909, Paris.
- CHALIER. — Des kystes pelviens consécutifs aux castrations totales pour pyosaplinx. — *Société de Chirurgie de Lyon*. Séance du 5 février 1925.
- CLARET. — Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses. — *Thèse* 1896, Paris.
- DARTIGUES. — Des productions kystiques intra-ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. — *Bulletin de la Société de l'Internat*, mai 1907.
- DARTIGUES. — Un cas de cysthematome menstruel post-opératoire. — *Bulletin de la Société de l'Internat*, 1907.
- DARTIGUES ET JOANNIDÈS. — Les cysthematomes menstruels post-opératoires. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, février 1908.

- DE JONG. — Uber die Endomitriosen des weiblichen Genitalapparates — *Virchow's Archiv.* vol 257, fasc. I-II, juillet, 1925, p. 23.
- GILLET. — Dégénérescence kystique itérative de débris ovariens après castration totale. — *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1925.
- GAULLIAUD. — Un cas de kyste pelvien à la suite d'une castration totale. — *Société de Chirurgie de Lyon*. Séance du 5 février 1925.
- HALLER. — Kyste pelvien après hystérectomie abdominale subtotale. — *Bulletin des Chirurgiens de Paris*, av. 1925.
- HAHUSSEAU. — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes. — *Thèse* 1891, Paris.
- HICKEL. — Tumeur Wolfienne et extraparitonéale du ligament rond. — *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, t. XX, 1923.
- JAYLE. — De l'hématocèle par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire. — *Presse médicale*, n° 33, 24 avril 1909.
- LAHN (de Dresde). — Schliem hantdurchwanderung durch die Tube. — *Zentralblatt f. Pathol. Anatomie*, vol. 36, fasc. 1-3, p. 49, 49, mai 1925.
- LANOS. — Kyste pelvien d'origine ovarienne, développé après hystérectomie pour péritonite aigue. — *Bulletin des Chirurgiens de Paris*, 1^{er} mai 1925.
- LANCHE. — Die extragenitalen heteropen Epithelwuchermgen vom Bau der Uterschleimhant. — *Virchows Archiv.*, vol. 243, p. 298-372.
- LE DENTU. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes. — *Rapport au Congrès français de Chirurgie*, 1891.

- MAYER ET IKUCHACHI (Berlin). — Bertrage zur Lahre von der adenomyasis und adenosibrosis des weiblichen Geschlechtorgane. — *Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft*, 1925.
- NOEL. — L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Suites locales éloignées. — *Thèse*. 1898, Paris.
- R. JOSSELIN DE JONG. — Zur Kenntnis der peritonealen adenomatose resp. adenomyomatose des Darmes. — *Virchow's archiv.*, vol. 250, fas. 3, p. 611, 1924.
- SAMPSON. — Benign and malignant endometrial implants in the peritoneal cavity and their relation to certain ovarian tumors. — *Surgery gynecology and obstetrics*, vol 38, fasc. 3, p. 387, 1924.
- SCHICKELÉ. — Les endometriomes du péritoine pelvien de l'ovaire et du tissu paravaginal. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, vol. 20, p. 602, juillet 1923.
- SÉJOURNET. — Kyste pelvien après hystérectomie abdominale subtotale. — *Bulletin des Chirurgiens de Paris*, 1^{er} mai 1925.
- SUZITKI. — Uber endometriöide adenomyom und endometriöide adenomatose des Wurmfortsatzes. — *Virchow's Archiv.*, vol 250, fas. 3, p. 578.
- TERRILLON. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus pour inflammation de ces organes. — *Congrès français de chirurgie*, 1891.
- TIXIER. — Trois cas de kystes pelviens à la suite de castration totale. — *Société de Chirurgie de Lyon*. — Séance du 5 février 1925.
- TOBLER. — Uber Aumorartige entzündliche uterin-drusenähnliche Wucherungen des Peritoneal-epithels am colon sigmoïd-

dum (Peritonitis adenoides Haster). — *Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie*, vol. 29, p. 543.

TOBLER. — Über tumorartige eitrige uterindrüsen-ähnliche Wucherungen des Peritonealepithels im Laparotamienarben und über ebensolche Spontanwucherungen im Nabel. — *Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie*, vol. 22, p. 558, 1923.

VAUTRIN. — Kystes pelviens consécutifs à la castration totale. — *Bulletins de la Société d'obstétrique et de Chirurgie de Paris*, n° 2, février 1927, p. 168.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Introduction et Historique.....	5
CHAPITRE II. — Etiologie	9
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique et Pathogénie.	13
CHAPITRE IV. — Symptomatologie et Diagnostic	37
CHAPITRE V. — Evolution et Pronostic.....	43
CHAPITRE VI. — Traitement.....	49
OBSERVATIONS	53
CHAPITRE VII. — Conclusions	79
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	81

Vu :

Nancy, le 30 Mars 1927.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

G. MICHEL.

Vu :

Nancy, le 30 Mars 1927

LE DOYEN,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 31 Mars 1927.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE NANCY,

CH. ADAM,

Membre de l'Institut.

